



**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE COHESIÓN, ADAPTABILIDAD
FAMILIAR Y GÉNERO CON EL GRADO DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN
LOS ESTUDIANTES DE 13 A 15 AÑOS DE EDAD DE INSTITUCIONES
EDUCATIVAS PRIVADAS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA.**

AUTORES:

ELIBETH CAROLINA MORENO OLARTE.

KELLY JOHANA RODRÍGUEZ PÉREZ.

KELLY JOHANNA VARGAS MANCERA.

DIRECTOR DE TESIS: LILIANA QUINTERO DÍAZ.

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

CIENCIA DE LA SALUD

PSICOLOGIA

2008

DESCRIPTORES TEMATICOS

- DESC. Cohesión y Adaptabilidad familiar.
- DESC. Familia.
- DESC. Adolescencia.
- DESC. Depresión.

RESUMEN

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE COHESIÓN, ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y GÉNERO CON EL GRADO DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS ESTUDIANTES DE 13 A 15 AÑOS DE EDAD DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PRIVADAS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA.

La siguiente investigación tiene como título “Relación significativa entre los factores de cohesión, adaptabilidad familiar y género con el grado de depresión que presentan los estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta”, parte de un diseño no experimental en la cual los datos se recopilan en un solo momento y tiempo determinado. Esta investigación es cuantitativa de tipo correlacional, se llevo a cabo con el objetivo de establecer una relación significativa entre los factores de cohesión, adaptabilidad familiar y género con el grado de depresión que presentan los estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta, utilizando como herramienta de medición el inventario de Depresión de Beck, y para la medición de una de las variables de estudio (cohesión y adaptabilidad familiar), el FACES III de Olson (1985).

Palabras claves: cohesión y adaptabilidad familiar, depresión y adolescentes.

**RELATIONSHIP BETWEEN THE FACTORS OF COHESION, GENDER AND
ADAPTABILITY FAMILIAR WITH THE DEGREE OF DEPRESSION
PRESENTING THE STUDENTS OF 13 TO 15 YEARS OF AGE OF PRIVATE
EDUCATION INSTITUTIONS IN THE CITY OF SANTA MARTA**

The following investigation (research) has as title (degree) " significant Relation between(among) the factors of cohesion, familiar(family) adaptability and kind(genre) with the degree of depression that the students present from 13 to 15 years of age of educational institutions deprived of the city of Holy Martha ", departs from a not experimental design in which(whom) the information is compiled in an alone moment and certain time. This investigation(research) is quantitative of type correlacional, I carry out with the aim(lens) to establish a significant relation between(among) the factors of cohesion, familiar(family) adaptability and kind(genre) with the degree of depression that the students present from 13 to 15 years of age of educational institutions deprived of the city of Holy Martha, using as tool of measurement the inventory of Beck's Depression, and for the measurement of one of the variables of study (cohesion and familiar(family) adaptability), the FACES the IIIrd of Olson (1985).

Key words: Cohesion and family adaptability, depression and teenagers.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santa Marta, Octubre de 2008

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darnos la valentía y la sabiduría para afrontar cada uno de los obstáculos encontrados en nuestra carrera.

A nuestra directora de tesis: Liliana Quintero Díaz, quien fue nuestra orientadora en el proceso investigativo, y que mas que una docente fue una Maestra.

A todo nuestro cuerpo docente, por brindarnos las herramientas necesarias para un óptimo aprendizaje y una excelente formación profesional.

A los directivos y estudiantes de las diferentes instituciones educativas privadas por permitirnos realizar este proceso investigativo y por confiar en nuestro proyecto.

A todos ustedes:

GRACIAS !

Elibeth Moreno Olarte.

Kelly Rodríguez Pérez.

Kelly Vargas Mancera

DEDICATORIA

A ti Padre todo poderoso, no tengo palabras para agradecerte todas las bendiciones recibidas, por darme fortaleza, sabiduría, templanza, para salir adelante en cada momento de dicha y de desesperación, por ser mi guía, mi luz, y permitirme lograr satisfactoriamente mis metas.

A mis padres por sus esfuerzos, amor, paciencia y tolerancia, por el apoyo incondicional y por luchar conmigo para poder lograr este triunfo, que es de ustedes.

A mis hermanos por, estar siempre pendiente de mí, acompañándome en todo momento e igual que todos mis familiares.

A Alfonso por, ser mi compañero y cómplice, en este proceso tan importante en mi vida.

A mis compañeras, Kelly y Kelly, por creer en mí, por compartir el mismo sueño, y tener la misma fe, que hoy nos llena de alegría.

A todas las personas que confían en mí, y me brindan apoyo, para el crecimiento de vida personal.

“Cuando se alcanza el verdadero conocimiento, entonces la voluntad se hace sincera; cuando la voluntad es sincera, entonces se corrige el corazón; cuando se corrige el corazón, entonces se cultiva la vida personal; cuando se cultiva la vida personal, entonces se regula la vida familiar; cuando se regula la vida familiar, entonces la vida nacional tiene orden; y cuando la vida nacional tiene orden, entonces hay paz en este mundo. Desde el emperador hasta los hombres comunes, todos deben considerar el cultivo de la vida personal como la raíz o fundamento”.

"Me lo contaron y lo olvidé, lo ví y lo entendí, lo hice y lo aprendí."
(Anónimo)

ELIBETH MORENO OLARTE

DEDICATORIA

A Dios por, estar conmigo y darme las fuerzas necesarias para seguir adelante en esos momentos que me sentí desfallecer y pensé que no iba a poder culminar este sueño. ¡Gracias por tus bendiciones Señor!

A mis padres, por todo ese apoyo que me brindaron, pese a los obstáculos y malos momentos que la vida en muchas ocasiones presentan, nunca me dejaron sola, siempre estuvieron allí para ayudarme a escalar un peldaño más en esta montaña de sueños por alcanzar que es la vida.

A mi hermana, por ser esa persona en quien confiar incondicionalmente y que regalaba un poco de su tiempo para escucharme y hacer más agradable y más llevadero ese período en que los obstáculos se presentaron y amenazaron con derrocar este gran proyecto.

A Iván Reguillo, por ese gran apoyo que siempre me das, por quererme como lo haces, por ese amor que sientes hacia mí y por siempre recordarme lo valiosa que soy.

A Kelly y Elibeth mis amigas y cómplices en la realización de este gran sueño, gracias por no desmotivarse en esos momentos difíciles que se nos presentaron, gracias por luchar junto a mí y hacer de todo esto el mejor regalo que nos llena de orgullo y satisfacción.

Por ultimo a aquellas personas que creyeron en mí y que de una u otra forma contribuyeron en la obtención de este logro.

“La peor derrota de una persona es cuando pierde el entusiasmo”

Anónimo.

KELLY RODRIGUEZ PEREZ

DEDICATORIA

A ti, Dios de los cielos y Padre celestial, por darme las fuerzas necesarias para soportar las dificultades que se presentaron en el camino y por brindarme en tu inmenso amor la sabiduría para lograr este proyecto.

A la luz de mis ojos: mis padres, por su amor desprendido que atraviesa las fronteras y que sin esperar nada a cambio recibirán en un futuro cercano la mejor recompensa de su hija.

A mis hermanitos Jorge y Vivian quienes me apoyaron incondicionalmente y me enseñaron que los sueños quedan en sueños si no intentas volverlos realidad.

A mi tío Virgilio, por ayudarme en todo este tiempo, y por ser mi ángel y quererme más que como a una sobrina, como a una hija.

A mis amigas y compañeras de tesis: Kelly y Elibeth, por quererme tal cual soy y por mostrarme que la verdadera amistad es aquella que sobrevive y se sustenta a pesar de las dificultades.

*Y finalmente, este logro me lo dedico a mi misma, a mi esfuerzo y mis ganas de salir adelante. Demostrando así una vez mas **“que no hay cosas imposibles sino personas incapaces”**.*

KELLY VARGAS MANCERA

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN-ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	14
MARCO TEORICO	17
<i>Familia</i>	17
<i>Adolescencia</i>	21
<i>Depresión</i>	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
OBJETIVOS	42
<i>Objetivo general</i>	42
<i>Objetivo específicos</i>	42
JUSTIFICACIÓN	44
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	47
<i>Definición conceptual</i>	47
<i>Definición operacional</i>	48
<i>Control de variables</i>	50
Sujetos	50
Ambiente	51
<i>Variables no controladas</i>	51
HIPOTESIS	52

MÉTODO	53
<i>Diseño y tipo de investigación</i>	53
<i>Participantes</i>	54
<i>Aspectos éticos involucrados a la investigación</i>	59
<i>Instrumentos</i>	61
Inventario de Depresión de Beck	61
Confiabilidad y Validez del instrumento	62
FACES III	62
Confiabilidad y Validez del instrumento	62
<i>Procedimiento</i>	62
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	64
DISCUSIÓN	86
RECOMENDACIONES	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	95

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables de estudio	49
Tabla 2. Grado	54
Tabla 3. Género	55
Tabla 4. Grado	56
Tabla 5. Estrato	58
Tabla 6. Tipo de familia	59
Tabla 7. Puntajes totales	61
Tabla 8. Muestra	63
Tabla 9. Nivel de cohesión	64
Tabla 10. Nivel de adaptabilidad	65
Tabla 11. Relación nivel de cohesión y nivel de adaptabilidad	67
Tabla 12. Grado de depresión	69
Tabla 13. Relación nivel de cohesión y el grado de depresión	71
Tabla 14. Pruebas de chi-cuadrado: Relación nivel de cohesión y grado depresión	73
Tabla 15. Relación Grado de depresión y nivel de adaptabilidad familia	74
Tabla 16. Pruebas de chi-cuadrado: Grado de depresión y nivel de adaptabilidad familia	76

Tabla 17. Relación nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y depresión	77
Tabla 18. Pruebas de chi-cuadrado: Relación nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y depresión	82
Tabla 19. Relación el grado de depresión y género	83
Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado: Relación el grado de depresión y género	85

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1. Edades	55
Grafico 2. Género	56
Grafico 3. Grado	57
Grafico 4. Estrato	58
Grafico 5. Tipo de familia	59
Grafico 6. Nivel de cohesión	64
Grafico 7. Nivel de adaptabilidad	66
Grafico 8. Relación nivel de cohesión y nivel de adaptabilidad	67
Grafico 9. Grado de depresión	69
Grafico 10. Relación nivel de cohesión y el grado de depresión	71
Grafico 11. Relación Grado de depresión y nivel de adaptabilidad familiar	74
Grafico 12. Relación nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y depresión Moderada	78
Grafico 13. Relación nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y depresión Leve	78
Grafico 14 Relación nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y depresión Población normal	79
Grafico 15. Relación nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y depresión Severa	79
Grafico 16. Relación el grado de depresión y género	83

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Datos socio-demográficos	95
Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck	96
Anexo 3. FACES III	103
Anexo 4. Consentimiento Informado	107

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE COHESIÓN, ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y GÉNERO CON EL GRADO DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS ESTUDIANTES DE 13 A 15 AÑOS DE EDAD DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PRIVADAS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA.

La siguiente investigación tiene como título “Relación significativa entre los factores de cohesión, adaptabilidad familiar y género con el grado de depresión que presentan los estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta”, parte de un diseño no experimental en la cual los datos se recopilan en un solo momento y tiempo determinado. Esta investigación es cuantitativa de tipo correlacional, se llevo a cabo con el objetivo de establecer una relación significativa entre los factores de cohesión, adaptabilidad familiar y género con el grado de depresión que presentan los estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta, utilizando como herramienta de medición el inventario de Depresión de Beck, y para la medición de una de las variables de estudio (cohesión y adaptabilidad familiar), el FACES III de Olson (1985).

Palabras claves: cohesión y adaptabilidad familiar, depresión y adolescentes.

**RELATIONSHIP BETWEEN THE FACTORS OF COHESION, GENDER
AND ADAPTABILITY FAMILIAR WITH THE DEGREE OF DEPRESSION
PRESENTING THE STUDENTS OF 13 TO 15 YEARS OF AGE OF PRIVATE
EDUCATION INSTITUTIONS IN THE CITY OF SANTA MARTA**

The following investigation (research) has as title (degree) " significant Relation between(among) the factors of cohesion, familiar(family) adaptability and kind(genre) with the degree of depression that the students present from 13 to 15 years of age of educational institutions deprived of the city of Holy Martha ", departs from a not experimental design in which(whom) the information is compiled in an alone moment and certain time. This investigation(research) is quantitative of type correlacional, I carry out with the aim(lens) to establish a significant relation between(among) the factors of cohesion, familiar(family) adaptability and kind(genre) with the degree of depression that the students present from 13 to 15 years of age of educational institutions deprived of the city of Holy Martha, using as tool of measurement the inventory of Beck's Depression, and for the measurement of one of the variables of study (cohesion and familiar(family) adaptability), the FACES the IIIrd of Olson (1985).

Key words: Cohesion and family adaptability, depression and teenagers.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación gira en torno al modelo cognitivo de la depresión propuesto por Beck (2005). El modelo cognitivo de Beck enfatiza el papel de los estilos cognitivos en el desarrollo de los trastornos psicológicos. Dichos estilos cognitivos determinan la forma en que las personas piensan acerca de sí mismas, sus relaciones con las demás personas y su visión del mundo. Siendo así que cada trastorno emocional está caracterizado por estilos cognitivos que son específicos a dicho trastorno, los cuales determinarían áreas de **vulnerabilidad cognitiva**. Por ejemplo, la depresión se caracteriza por un predominio de pensamientos negativos relacionados con temas de rechazo, privaciones, fracasos e inadecuación personal.

Una de las variables a estudiar y que es determinante en la investigación es la cohesión y adaptabilidad familiar, ésta, está basada en el modelo circunflejo diseñado por Olson & Killorin (1986), este modelo trata de evaluar dos dimensiones (dos ejes) de funcionamiento en un sistema de relación: cohesión y adaptabilidad. La cohesión se define por "lazos emocionales que cada miembro de la familia desarrolla con otros miembros de la familia". La adaptabilidad es la "habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de liderazgo, y su papel en las relaciones y las reglas de esas relaciones, en respuesta a situaciones estresantes o cambios. Muchas investigaciones han demostrado la importancia de analizar el ambiente familiar como una variable que incide en la salud mental del individuo un ejemplo claro es la investigación realizada por Zdanowicz, Pascal y Reynaert, (1999) en Belgica titulada ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia?, donde los resultados encontrados respaldan la importancia del núcleo familiar en el equilibrio psicológico del adolescentes.

Además se fundamenta en la teoría de la adolescencia propuesta por Bertalanffy en la teoría General de los Sistemas que Indica que todo individuo, es un elemento que forma parte de un sistema, que continuamente está en interacción con los demás, que estos elementos forman una totalidad y son interdependientes.

Tomando como base todas aquellas investigaciones o referencias teóricas revisadas en el presente trabajo y que dan fé de la influencia familiar en la depresión del adolescente, surge la necesidad de recopilar información necesaria sobre el grado de depresión en y la influencia familiar en los adolescentes en la ciudad de Santa Marta, debido a que no existen investigaciones que den cuenta de esta temática. Además, se tomo el rango de 13 a 15 años de edad porque este es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez. La adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación.

Para la recolección de los datos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (citado en Beck, 2005). El instrumento consta de 21 ítems, su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del Cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático-vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems los primeros quince hacen referencia a síntomas psicológicos cognitivos y los seis restantes a síntomas somáticos-vegetativos.

Por otra parte para medir la variable Cohesión y Adaptabilidad familiar se hizo necesario la utilización del FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*, Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar, Olson, 1986), la cual permite una valoración rápida y empírica de los dos ejes (Cohesión y Adaptabilidad familiar), describiendo ambos un estilo de interacción y estilo en el centro del sistema. El cuestionario comprende veinte preguntas (diez por eje) que el sujeto debe responder en términos de frecuencia (de 1 a 5). Cuando se suman las puntuaciones se obtienen dos puntuaciones globales (mínimo 10, máximo 50), una para adaptabilidad y otra para cohesión.

Los datos arrojados permiten establecer que existe relación significativa entre los factores de cohesión, adaptabilidad familiar y género con el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.

El presente informe se presenta en once capítulos y los anexos correspondientes. La elaboración, redacción y presentación del informe final se hizo con base en los requisitos exigidos por el Reglamento de Grado del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena (Resolución N° 001/2008), y por las normas APA vigentes.

MARCO TEÓRICO

Dentro de esta investigación se tiene en cuenta el papel de la familia en el desarrollo psicológico del adolescente, por lo tanto se tomo la teoría de Olson (1986) el Modelo Circunflejo la cual explica ampliamente el papel de la relación familiar en el desarrollo de cualquier individuo. Para tener claro en que consiste el modelo circunflejo resulta necesario realizar un esbozo de los conceptos que en esta teoría se maneja.

La familia

Es la unidad básica de socialización. Es en el contexto social mínimo donde se inicia y produce la integración de los seres humanos en un sistema social. En la familia los seres humanos construyen sus pautas básicas de relación que influirán y determinaran las interacciones de su época adulta. Es el primer laboratorio de aprendizaje social.

La familia ha cambiado a lo largo de la historia y adaptado su organización según las vicisitudes socioculturales, económicas y políticas sufridas. Del antiguo modelo de la familia tribal, que se caracterizaba por una gran cohesión intragrupal, con múltiples intercambios e interacciones entre sus dueños, casi autosuficiente, y, por ende, con pocas adherencias a sistemas sociales mas amplio, se ha ido pasando al modelo nuclear de familia de dos generaciones donde la pertenecía y adhesión a sistemas suprafamiliares es mucho mayor con ello, la cohesión familiar depende mas de factores afectivos de otro tipo.

El estudio de la familia como crisol de todo lo saludable o lo patológico que pueda darse en el individuo hizo que la psicología y la psiquiatría empezaran a poner el acento en el contexto social del individuo. La idea de que el hombre esta influido por el contexto social y este, a su vez, esta influenciado por el individuo es algo frecuentemente aceptado.

El propósito de una familia es proveer de un contexto que apoye los logros necesarios para todos sus miembros individuales. Así que la familia presenta un grado de cohesión que le permite mantenerse unida y generar un sentimiento de pertenecía grupal. Tiene, además una capacidad de adaptación a sistemas mas amplio que provee a sus miembros de socialización y facilita la diferenciación familiar. (Barbado, Aizpiri, Cañones, Fernández, Goncalvez, Rodríguez, De La Serna y Solla, 2004).

Es así como se encuentra un amplio abanico de escuelas que tratan el tema en cuestión, como es el caso de la escuela Sistémica, enfoque que se apoya en la teoría general de los sistemas.

Tomando como base la corriente sistémica se intentará hacer una breve revisión de los conceptos esenciales que comprenden a la familia. Así como se tratará de dar información, pautas de educación y otros alcances a padres de familia, educadores, consejeros y personas deseosas de informarse y tener nociones básicas de orientación y asesoramiento.

Minuchin (citado en Rojas, Giraldo y Montes, 2002), afirma que la familia es un todo, compuesto por partes o subsistemas, que se determinan entre sí. Viene a ser una organización por definición, dirigida hacia un estado, una meta.

Bertalanffy (citado en Rojas y cols, 2002) dice que todo grupo organizacional se rige por principios ordenadores que determinan su curso y que además provienen de «afuera» y de «adentro». Si sigue esta línea, un sistema es un todo unitario, donde las partes están interrelacionadas entre sí influyéndose mutuamente.

Así, dentro de la familia la conducta de cada sujeto, estará relacionada e influenciada con la de los otros miembros. Los patrones comportamentales de cada sujeto, en todo caso, serán sostenidos y reforzados por el sistema, plantea Watzlawick (citado en Rojas y cols, 2002).

Para Minuchin (citado en Rojas y cols, 2002) la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Por su parte Jackson (citado en Rojas y cols, 2002) sostiene que la familia es un sistema gobernado por reglas, sus miembros se consideran entre sí de una manera organizada y repetitiva y esta estructuración de las conductas puede ser considerada como un principio que preside la vida familiar.

En términos de investigación clínica de la familia, muchos han intentado esbozar tipologías de familias para facilitar la comprensión del sistema familiar, y, poder realizar evaluaciones de diagnóstico que facilitaran la terapia con familias disfuncionales. No obstante las orientaciones divergentes, los terapeutas y teóricos familiares concuerdan en algunos puntos.

El modelo circunflejo de Olson trata de evaluar dos dimensiones (dos ejes) de funcionamiento en un sistema de relación: cohesión y adaptabilidad. Para Olson La cohesión se define por "lazos emocionales que cada miembro de la familia desarrolla con otros miembros de la familia" y la adaptabilidad es la "habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de liderazgo, y su papel en las relaciones y las reglas de esas relaciones, en respuesta a situaciones estresantes o cambios". Además Esta teoría valora la cohesión o grado de vínculo afectivo: los extremos son las familias aglutinadas y la familia dispersas. También la adaptabilidad o capacidad de cambio y adaptación al contexto social y a las exigencias del ciclo vital: los extremos varían de la rigidez al caos. (Barbado y cols, 2004).

Las principales características de los distintos tipos de cohesión familiar, según Olson (citado en Polaino y Martínez 1998) son:

- ✓ Cohesión Dispersa: primacía del “yo”, ausencia de unión afectiva entre los familiares, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

- ✓ Cohesión Separada: primacía del “yo”, con presencia del nosotros, moderada unión afectiva entre los familiares cierta lealtad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con un cierto sesgo hacia la independencia.
- ✓ Cohesión Conectada: primacía del nosotros, con presencia del “yo” considerable unión afectiva entre los familiares, cierta lealtad, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con algún sesgo de dependencia.
- ✓ Cohesión Aglutinada: primacía del “nosotros”, máxima unión afectiva entre los familiares, exigencia de fidelidad y lealtad a la familia y alto grado de dependencia.

Algunas de las variables específicas que se han empleado para evaluar el grado de cohesión familiar fueron los siguientes: el vínculo emocional, la independencia, los límites familiares, las coaliciones, el tiempo el espacio, los amigos, la toma de decisiones, los intereses y el ocio.

Por otra parte las principales características de los distintos tipos de adaptabilidad familiar según Olson (citado en Polaino y cols, 1998) son:

- ✓ Adaptabilidad Caótica: ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y demasiados cambios.
- ✓ Adaptabilidad Flexible: liderazgo compartidos, roles compartidos, disciplina democrática y los cambios ocurren cuando son necesarios.
- ✓ Adaptabilidad Estructurada: liderazgos a veces compartidos, roles en ocasiones compartidos, cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.
- ✓ Adaptabilidad Rígida: liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

En lo que se refiere a los prototipos de familias Olson (citado en Polaino y cols, 1998) las clasifica en:

- ✓ Balanceados, que comprende a las categorías: flexiblemente separados, flexiblemente conectados, estructuralmente separados y estructuralmente conectados.
- ✓ De rango medio, correspondiendo categorías como: flexiblemente dispersas, flexiblemente aglutinadas, caóticamente separados, caóticamente conectados y estructuralmente dispersas, estructuralmente aglutinadas, rígidamente separadas y rígidamente conectadas.
- ✓ Extremos, que comprende a las categorías: caóticamente dispersas, caóticamente aglutinadas, rígidamente dispersas y rígidamente aglutinadas.

Así, los 16 tipos de parejas se describen combinando las características correspondientes a las variables de Cohesión y Adaptabilidad.

Otro aspecto que se tendrá en cuenta en esta investigación es la adolescencia, por lo que es de suma importancia ofrecer información teórica acerca de este tópico.

La adolescencia

Es definida con frecuencia como la etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta. Josselyn (1974) considera que es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez. Para muchos jóvenes, la adolescencia es un periodo de incertidumbre e incluso de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas y de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

Tal como se conoce, la adolescencia es un fenómeno relativamente reciente. Antes del siglo XX no se le consideraba en forma alguna como un estadio del desarrollo. Los niños pasaban por la pubertad e inmediatamente entraban en una especie de “noviciado” o aprendizaje del mundo adulto.

Jomes (citado en Papalia, 1989), dice que el adolescente llega al límite de su condición de persona buscando una imagen que no conoce, en un mundo que casi no comprende, con un cuerpo que apenas esta descubriendo. Tiene el deseo confuso de ser un individuo que quiere autoafirmarse, mientras al mismo tiempo teme perder la poca seguridad y confianza que solo la familia puede ofrecerle.

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad; va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas; presenta una clara denuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta, pasando por todas las formas de sexualidad polimorfa. (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000).

El adolescente vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor. Está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia. También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, así como en experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares. El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento.

A todo esto se le conoce como el síndrome normal de la adolescencia (Hargraves, Andy, Lorna y Ryan, 2004).

Por otro lado Harrochs (1990), considera a la adolescencia como "un periodo de transformación física, emocional y social". Señala que el desarrollo humano, es un fenómeno que implica aspectos físicos, mentales, sociales y culturales; cuya base biológica del desarrollo está dada en el propio organismo y los agentes de la sociedad que enseñan al individuo a desarrollarse, de acuerdo con los cánones sociales aprobados.

Los aspectos emocionales, en el adolescente, sufren cambios; de tal manera que las emociones como estado psíquico tienen sus características positivas y negativas. Entre las positivas se destacan las emociones que constituyen fuente de motivación como, el miedo, la ira, el amor, la curiosidad, etc. estas características positivas impulsan al individuo a la acción. La emoción puede constituirse en una fuente de esfuerzo constructivo. Las emociones negativas o nocivas de la tensión emocional son las pesadillas, insomnios, dolores de cabeza, pérdida de apetito, trastornos digestivos, pérdida de peso y de energías, decaimiento, inconstancia en las relaciones, son efectos de la tensión emocional. Uno de los efectos más grandes de las emociones es que la repetición constante se convierte en hábito. Por ello al adolescente se le debe orientar para que logre un dominio de la emociones, a fin de satisfacer las exigencias sociales y eliminar los efectos perjudiciales de las emociones, sobre las conductas, actitudes y bienestar en general.

Así mismo Josselyn (1974), afirma que una característica de los adolescentes es de ser reservado acerca de sí mismos y de sus sentimientos. Las mayorías de las veces es extremadamente difícil para él expresar lo que siente. Mas aun, tiene temor de exponerse a los demás incluso si puede traducir en palabras sus sentimientos. Una vez más, esta característica no es consecuente. De repente el adolescente puede desnudar su alma (o así parece), revelar sus ambiciones, sus sentimientos de culpa y su conocimiento de la naturaleza de muchos de los conflictos con los cuales se

encuentra. A veces sus revelaciones son francas, pero esta limitada por su propia comprensión de si mismo.

Dentro de la presente investigación se tiene en cuenta los conceptos planteados por La Teoría General de los Sistemas, emitida por Bertalanffy (citado en Castañeda, 2000); la cual indica que todo individuo, es un elemento que forma parte de un sistema, que continuamente está en interacción con los demás, que estos elementos forman una totalidad y son interdependientes. El individuo deja de ser particular para convertirse en los demás. El niño en su momento social, depende totalmente de los adultos que lo rodean. La familia, en su totalidad, formará al niño como mejor pueda en su proceso de crecimiento.

Depresión

En cuanto a la depresión al examinar documentos y literatura del pasado, se puede advertir que desde tiempos de la antigüedad existía la depresión como un padecimiento tan característico del hombre, y que lo ha acompañado a todo lo largo de su historia.

Corresponde a Hipócrates las primeras referencias conceptuales y clínicas de la melancolía. En el Corpus Hipocraticum se reconoce ya un tipus melancolicus inclinado a padecer este trastorno, cuya causa es una patología de los humores básicos y concretamente un exceso o alteración de la bilis negra (Martí, 2005). Fue Aristóteles el primero que dedicó un estudio monográfico a este problema (Herreros, 2004). En el siglo IV Areteo de Capodocea describió casos de agitación maniaca e inhibición alternantes en una misma persona, siguiendo la teoría hipocrática, atribuía ésta condición a desequilibrios humorales. (Llinares, 2004)

Constantino fue el primero en describir los síntomas de la melancolía, miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad. Cabe mencionar a Tomás de Aquino quien atribuyó la melancolía a cambios en los humores corporales,

pero sostuvo la creencia de que las enfermedades mentales eran producidas por demonios y por influencias astrológicas.

Burton (1621), facilitó enormemente la identificación de los estados depresivos. Supo exponer con acierto las vivencias negativas de esta situación mórbida a la vez que señaló los excesos de alegría desbordante que alternan con el estado depresivo.

Durante la década del siglo XIX se producen importantes transformaciones de las viejas categorías de manía y melancolía; va perfilando su contenido, centrado en un trastorno primario de la afectividad, y el término depresión va ganando adeptos, porque evoca unas bases más fisiológicas. En definitiva, los seis principios teóricos que sustentan el concepto de manía y depresión durante el siglo XIX fueron: 1) trastornos primarios de la afectividad y no del intelecto o la volición, 2) psicopatología estable, 3) representación cerebral, 4) Periódicos, 5) genéticos en su origen con tendencias a aparecer en sujetos con personalidades predispuestas, y 6) endógenas en su naturaleza.

La palabra depresión se comienza a utilizar con frecuencia a principios del siglo XX, y se emplea como término diagnóstico de bastante asiduidad. En este siglo Leonhard (1957) diferencia las formas bipolares y las unipolares de la depresión.

Sobre este punto cabe mencionar la existencia de una multiplicidad de definiciones como por ejemplo según Klein (1948), la depresión es un estado de ánimo en que se vive parcial o totalmente los sentimientos de la posición depresiva. Puede ser una reacción normal a experiencias de pérdida o una reacción patológica de carácter neurótico o psicótico.

Como dice, Delgado (1960), la característica más común y específica de los estados depresivos es la pesadumbre intrínseca, con la consiguiente realidad negativa de la intencionalidad del ánimo frente al mundo, frente a sí mismo, frente al propio cuerpo, incluso, frente a la vida.

Hay quienes la caracterizan como una tonalidad afectiva, triste y abatida a menudo impregnada de angustia, con regresión del curso del pensamiento y generalmente síntomas físicos manifiestos (Geigy, 1972).

Otros opinan que el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar otros trastornos psicopatológicos primarios, como la neurosis de angustia. Como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital. Como enfermedad, desde la óptica del modelo médico se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico (Vallejo, 1991).

El CEI-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave, dentro del episodio depresivo leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad; en el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y en el episodio depresivo grave, se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa. (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Teorías de la depresión.

Las teorías psicológicas de la depresión nacieron dentro del psicoanálisis y subrayaban la baja autoestima como síntoma clave del trastorno.

Las teorías clásicas entendieron a la depresión como reacción a la pérdida del objeto amado, esta pérdida provocaría deseos hostiles hacia ese objeto que, sin embargo sería dirigido a uno mismo (Abraham, 1924).

Desde una perspectiva psicoanalítica, la depresión es básicamente la elaboración de un duelo. Un duelo por algo que se perdió, algo que se tenía y que ya no se tiene. En todas las situaciones algo se está viviendo como inalcanzable, algo se desea tener

y no se ha conseguido (Bleichmar, 1994). Melanie Klein (1948), explica el desarrollo de la depresión, diciendo que la base de la depresión se forma en el primer año de vida, en esta etapa los niños atraviesan un estadio evolutivo al que dio el nombre de "actitud depresiva", que se caracteriza por fases de tristeza, temor, y culpa; de no superarse forman la base patológica de la depresión. Según Freud (1917), la ausencia de amor, apoyo, a partir de una figura significativa (por lo general uno de los padres) durante un estado crucial del desarrollo del sujeto; predispone la depresión en épocas posteriores a la vida.

Desde la clínica, la depresión consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser de la persona, previo a la aparición de estos síntomas, y con características agregadas como la alteración del apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte o suicidio recurrentes (9). También se presentan sentimientos de tristeza, de desamparo, amor propio disminuido, sentimientos de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias de la vida (Mackinnon, 1973).

Dentro de las teorías conductuales. Rehm (1977) elaboró una teoría de la depresión basado en el aprendizaje social, en la cual su más importante contribución sea la forma de ver objetivamente a la gente deprimida y de hacer posible que comunique con exactitud una descripción de su conducta, así como de las circunstancias en que se presenta.

Los teóricos del aprendizaje ven la depresión como una función del reforzamiento inadecuado o insuficiente, o como una falta de congruencias o relación entre el reforzamiento y determinadas clases de conducta. Específicamente la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto la depresión como una función de la poca frecuencia del reforzamiento social, que incluye dinero, prestigio, y amor; así también

un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos para desencadenar un episodio depresivo (Kanfer, 1970).

La teoría de la autofocalización de Lewinsohn (1986), postula que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, pero depende de una variable mediadora cognitiva que es la autoconciencia. Quizás como reacción a este exagerado énfasis de los síntomas cognitivos algunas de las más recientes teorías psicológicas han vuelto sus miradas hacia el ambiente, hacia los factores interpersonales, resaltan el papel de las primeras experiencias infantiles del apego en la configuración de la depresión. Consideran las habilidades interpersonales que el sujeto ha aprendido y que influyen en la cantidad de acontecimientos estresantes que afrontará en su vida, y por último señalan la importancia que tiene la respuesta de las personas significativas del entorno en la duración y gravedad del trastorno (Vásquez y Sánz, 1991).

Por otro lado, uno de los últimos planteamientos psicológicos sobre los trastornos depresivos ha sido el enfoque interpersonal. Enfatiza la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. James Coyne (1976), sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social y que la respuesta de las personas significativas de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos, cuando esa ruptura interpersonal se produce, los depresivos se vuelven a las personas de su ambiente en busca de apoyo social, pero que las demandas persistentes de apoyo emitidas por los depresivos gradualmente llegan a ser aversivos para los miembros de su entorno social, la persona deprimida se da cuenta de estas reacciones negativas en los otros, y emite un mayor número de conductas sintomáticas, estableciéndose un círculo vicioso que continúa hasta que las personas del entorno social se apartan totalmente de la persona deprimida, dejándola sola y confirmando así su visión negativa sobre sí mismo.

El modelo que se considera dentro de esta investigación será el de Aaron Beck (citado en Beck, 2005). Se escogió el modelo Cognitivo de la Depresión de Beck por que este le da gran importancia a los estilos cognitivos, y brinda las herramientas necesarias para identificar como se encuentra el adolescente en este período crucial de transición donde explora el mundo que lo rodea, busca su independencia, crea relaciones emocionales con otras personas y se visualiza hacia el futuro, por ende el desarrollo optimo en esta etapa dependerá en gran medida de la visión que tenga el adolescente de si mismo en ese momento de su vida , ya que esto repercutirá en su futuro y cualquier alteración en la forma de percibirse afectara su desarrollo integral.

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento dela información).

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse así mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del sujeto acerca de si mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico, tiende a subestimarse a criticarse a su mismo en base a sus defectos, y piensa que carece delos atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad. El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración.El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, esta anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

Los síntomas motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseo de escape y evitación, etc) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente.

Por ultimo el modelo cognitivo también pueden explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del sujeto de que esta predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una “inhibición psicomotriz”.

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto explica por que el sujeto depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes incluso en contra de la evidencia objetiva de que existe factores positivos en su vida. Cualquier situación esta compuesta por un amplio conjunto de estimulo, el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de manera diferente una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipo de fenómenos similares. Ciertos factores cognitivos relativamente estables constituye la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El termino “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estimulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurara distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos, estos

esquemas activados en una situación específica determina directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los sujetos acerca de determinadas situaciones se distorsionan de igual modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado con la instrucción de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo mas activo, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantienen una escasa relación lógica con ellos. El sujeto pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamientos y es incapaz de acudir a otros esquemas mas adecuados.

En las depresiones mas leve, el sujeto generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, sus pensamientos están cada vez mas dominados por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsionas de la realidad y, consecuentemente errores sistemáticos en el pensamiento depresivo este e ve cada vez mas incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones cognitivas son erróneas. En los estados depresivos mas grave, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: esta totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas y recuerdo). En tales casos se infiere que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que le individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

El tercer componente en modelo cognitivo se refiere los errores en el procesamiento de la información estos errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantiene la creencia del sujeto en la validez de sus

conceptos negativos incluso a pesar de la existencia de la evidencia contraria. Dentro de estos errores se encuentran:

- ✓ Inferencia arbitraria (relativo la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- ✓ Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar todas las experiencias en base a ese fragmento.
- ✓ Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere a elaborar una respuesta general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- ✓ Maximización y Minimización (relativo a la respuesta): quedan relegadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituye una distorsión.
- ✓ Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del sujeto para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tales conexiones.
- ✓ Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a su mismo, el sujeto selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos “primitivos” de organizar la realidad vs modos “maduros”. Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias negativas de un modo bastante primitivo tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienden a tener una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutista, etc. La respuesta emocional por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema

en contra posición a este tipo de pensamiento negativo, un pensamiento mas maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos mas que en cualitativos, y de acuerdo con criterios relativos mas que absolutista. En el pensamiento primitivo, la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y las conductas humanas se reducen a unas pocas categorías.

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

La depresión puede ser desencadenada por una anormalidad o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona que esta destinada a una vida de sufrimiento. Las situaciones desagradables de la vida no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona este especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva. En respuesta a situaciones traumatizantes las personas media mantendrían su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realistas. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

Éstos son algunos de los síntomas que las personas manifiestan cuando están deprimidas:

- ✓ Estado de ánimo deprimido o tristeza la mayor parte del tiempo (para lo que no parecería haber motivos).
- ✓ Falta de energía y sensación de cansancio permanente.
- ✓ Incapacidad para disfrutar de cosas que antes provocaban placer.

- ✓ Desinterés por estar con amigos y familiares.
- ✓ Irritabilidad, enojo o ansiedad.
- ✓ Incapacidad para concentrarse.
- ✓ Pérdida o aumento considerable de peso.
- ✓ Cambios considerables en los patrones de sueño (incapacidad para dormirse, permanecer despierto o levantarse por la mañana).
- ✓ Sentimientos de culpa o de inutilidad.
- ✓ Pesimismo e indiferencia (no darle importancia a nada ni en el presente ni a futuro).
- ✓ Pensamientos de muerte o suicidio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta la revisión teórica y del estado del arte que se ha hecho en esta investigación, se puede deducir que la depresión es un tema de amplia investigación en el ámbito de la psicología, que a través del tiempo ha adquirido mayor auge, debido al aumento que ésta ha presentando en la población mundial.

La Organización Mundial de la Salud, ha manifestado su preocupación acerca de ciertas enfermedades que los países, tanto desarrollados como no desarrollados, no han atendido correctamente. Entre ellos se encuentra la depresión en primer lugar. Se calcula que para el año 2035 la depresión: será un problema de salud pública muy serio, si no se empieza a tener mecanismos que favorezcan el sano desarrollo de los adolescentes. La incidencia y la prevalencia de la depresión son elevadas. Se trata del más común de los desórdenes psiquiátricos identificables en los servicios de consulta tanto externa como interna. De cada 10 personas, una habrá de sufrir depresión en el curso de su vida. En el caso de los jóvenes 1 de cada 5. (O.M.S., 2001.)

En Colombia la depresión es un problema psicológico de alta prevalencia como lo muestran las estadísticas. El 15% de la población colombiana reporta haber sufrido depresión alguna vez en su vida, distribuyéndose por género de la siguiente manera: 17,5% para mujeres y 8,6% para hombres (MPS, 2003).

Algunos trabajos que se darán a conocer a continuación advierten sobre como se ha propagado la depresión tanto en niños como en jóvenes a nivel nacional como internacional. Más allá de que aumente la incidencia de los trastornos depresivos entre la población adolescente, su prevalencia es suficientemente digna de consideración y oscila entre un 5% y un 13%. (Kovacs citado en Martínez, 2006).

Investigadores como Gastelo (2006) plantea que los efectos de la depresión sobre todo en los adolescentes son devastadores; el adolescente deprimido tiene un bajo rendimiento escolar, no muestra interés por nada, evita los amigos, se aísla y sobre todo tiene conductas frecuentemente riesgosas que podrían llegar hasta el suicidio.

De esta forma la depresión se ha convertido en un problema a investigar en la actualidad debido a la necesidad de indagar cuáles son los factores asociados a ella y cómo estos repercuten en la aparición de los síntomas.

Partiendo de esta problemática, a nivel mundial se ha realizado unas series de investigaciones sobre la temática, cuya finalidad ha sido indagar sobre el grado de depresión en los adolescentes y cual es su importancia en la salud mental de los mismos. Uno de los estudios que se puede mencionar fue la realizada por Martínez (2006) acerca de la depresión en adolescentes del sur de Madrid, donde tuvieron en cuenta las variables: género, nacionalidad y tipo de institución (pública y privada.), en esta investigación la sintomatología depresiva se presenta en mayor cuantía en mujeres y en inmigrantes, con relación al tipo de centro no se han obtenido diferencias significativas, cabe destacar que de las tres variables consideradas, las diferencias más relevantes en depresión se registran en relación con el género, ya que desde la adolescencia el predominio de la depresión en la mujer es notorio, se sabe que la mayor frecuencia de la depresión en el género femenino es atribuible a factores de índole biopsicosocial, sin perder de vista el impacto de las causas hormonales y personales. Las mayores presiones y las menores posibilidades de realización personal explican, en gran medida, el incremento de las depresiones femeninas respecto a las masculinas.

También es importante destacar la investigación llevada a cabo en Argentina por Almirón, Romero, López y Czernik (2005) quienes realizaron un estudio enfocado a los Rasgos de Depresión en Adolescentes que Asisten a Clases en una Escuela Técnica. Este estudio revela una elevada tasa de sintomatología depresiva (65,91%), si se compara con una encuesta realizada en adolescentes escolarizados de nueve países del Caribe donde se evidenció que el 50% había tenido síntomas de depresión, indicando así que no se encontró una diferencia relevante en cuanto a depresión en estos países.

Por ultimo se destaca la investigación realizada por Monterzino, (2005) acerca de la prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados de la localidad de la cocha (tucumán) Argentina, el objetivo principal de esta investigación fue determinar la prevalencia de depresión en adolescentes que concurrían a escuelas públicas y privadas y estimar factores de riesgo para depresión en estos adolescentes, se encuestaron a 237 adolescentes. Se encontró evidencia para asegurar que en el sexo femenino la depresión es más frecuente, en cuanto a la prevalencia de depresión y la relación con las escuelas (pública o privada) a la que asistían los encuestados, no se encontró relación, en lo referente a los factores de riesgo, se encontró relación con el consumo de tabaco, el de alcohol, el tener padre fallecido, padres separados, mudanza y con pelea con un amigo o la pareja. Esto podría deberse a que es una etapa de grandes turbulencias emocionales para el adolescente que atraviesa el desafío de transformarse en adulto, y a que las relaciones con sus pares, su grupo, pasan a ser primordiales en la vida, entonces si estas relaciones se transforman en caóticas y se agrega el consumo de tabaco y alcohol como otros comportamientos negativos, el adolescente estaría mas predispuesto a concluir con episodios depresivos.

De igual manera se ha demostrado que la depresión se encuentra íntimamente relacionada a la presencia o a la ausencia de la familia, así, en una investigación realizada en México por Jordana, Ordoñez, Strausz, Arredondo, Lara, Bermúdez, Coronado, López y Miranda (2004), sobre el estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia, se establecieron resultados que corroboraron la hipótesis planteada por los investigadores, la cual era: *el nivel de depresión será mayor en los adolescentes que viven en la calle comparada con los que viven en una familia*. Después de hacer un análisis los resultados pueden explicar la situación en la que viven los niños de la calle; es decir, son adolescentes que día tras día se enfrentan a muchas situaciones adversas, las cuales van destruyendo las metas que puedan llegar a tener, aunado a otros factores como es la soledad que pueden padecer, lo que les resta seguridad en sí mismos y los lleva, en algunos casos, a sentir que realmente no hay motivos suficientes para continuar con su existencia. Es importante que los adolescentes

obtengan apoyo, debido a que esta etapa es en la que se define su identidad (Desviat, 1997); los adolescentes que habitan en la calle no tienen acceso a los recursos, cariño, apoyo y otros elementos que puede brindar una familia.

La investigación realizada en la provincia de Paita/Región pacífica del Perú, sobre adaptabilidad familiar, cohesión familiar y depresión en adolescentes de secundaria por Carrión (2005), arroja resultados que determinan que si existe Relación Significativa entre la Adaptabilidad Familiar y el Nivel de Depresión en Adolescentes de Secundaria de la Provincia de Paita. Y además que existe relación Significativa entre la Cohesión Familiar y el Nivel de Depresión en Adolescentes de Secundaria de la Provincia de Paita.

Siguiendo esta misma línea sobre influencia familiar y la salud en adolescentes se destaca la investigación realizada por Zdanowicz, Pascal y Reynaert, (1999), titulada ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia? El objetivo de la investigación consistía en examinar las diferencias en los lazos familiares entre un grupo "normal" de sujetos jóvenes de edades entre los 13 y los 25 años y un grupo con trastornos mentales. Los resultados arrojaron que los jóvenes del grupo sano venían de familias que eran notablemente más cohesionadas y adaptables que las del grupo de enfermos. También que los jóvenes del grupo de pacientes, provenían de categorías de familias "desacopladas-estructuradas" y "desacopladas-rígidas", con los criterios definidos por Olson. Mientras que el género no tuvo influencia en estos dos grupos, la edad determinó una progresiva reducción en la cohesión en el grupo de sujetos jóvenes normales. Concluyendo que mientras la adolescencia "normal" está marcada por una disminución en la cohesión familiar con la edad, los adolescentes con trastorno mental provenían de familias que eran menos cohesionadas y adaptables desde el principio, comparados con los jóvenes "normales".

También se puede destacar la investigación realizada por Rodríguez, Dallos, González, Sánchez, Díaz, Rueda y Campo (2005), llamada Asociación entre síntomas

depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. En este estudio se encontró un consumo abusivo de alcohol en aproximadamente uno de cada veinte estudiantes de enseñanza media vocacional. La presencia de síntomas depresivos con importancia clínica y el consumo abusivo de alcohol mantienen su asociación, aún después de ajustar por sexo, consumo de cigarrillos y un rendimiento académico inferior.

La ciudad de Santa Marta no escapa de la problemática de la depresión, por lo que se han realizado diversas investigaciones alrededor de esta temática, por ejemplo, la realizada por Pabon, (2002) titulada: Descripción de características depresivas en adolescentes desplazados estudiantes de la escuela Gabriela Mistral de Gaira y asignados a la corporación “Encuentro”; dicha investigación permitió analizar e identificar características específicas de los adolescentes desplazados por la violencia y escolarizados en el grado octavo de la institución anteriormente mencionada, la recolección de información se obtuvo por medio de la prueba psicométrica 16PF. Esta investigación arrojó datos que permitieron mostrar como los altos niveles de tensión, así como el retraimiento y la introversión hacen una presencia muy marcada en los jóvenes, características que hacen probables que se incrementen los niveles de ansiedad y pasar de ser una depresión neurótica, que es posible en esta etapa de la adolescencia a una depresión psicótica, la cual ya es vista como un trastorno psicopatológico. Además se encontró presencia activa de los mecanismos de defensa como una forma de protegerse de las situaciones, vivencias y pensamientos que de manera consciente o inconsciente les puede generar angustia y ansiedad. En estos adolescentes se pudo notar que las tendencias depresivas son el resultado de factores desencadenantes comunes para la depresión, los cuales incluyen el duelo no resuelto por la “patria chica perdida”, problemas de poder con los padres, la pérdida de una identidad cultural, fracaso a nivel escolar, problemas con la novia(o), etc.

Como se ha venido mencionado, la influencia de la familia es un factor determinante en la salud mental de los jóvenes, es por eso que en la ciudad de Santa Marta se realizó una investigación referente a ese tema realizada por Clavijo, Lozano

y Moreno (2001), denominada: Análisis psicológico del tipo de familia y la influencia de este en el rendimiento académico de los hijos de padres policías que estudian en el colegio nuestra señora de Fátima seccional Santa Marta, el objetivo primordial de la investigación fue el de analizar el tipo de familia y la incidencia de este en el rendimiento académico, encontraron que existe una relación muy significativa entre el tipo de familia y el rendimiento académico de los niños. Donde 76.8% de las familias intervenidas se ubican dentro de la categoría “familias problemas”, debido a que sus relaciones familiares y patrones de comunicación se tornan difíciles y deficientes, impidiendo así el adecuado desarrollo del niño en su entorno, encontrando que el rendimiento académico de los hijos de este tipo de familiar en un 100% se encuentra entre aceptable e insuficiente; al igual que un nivel de autoestima bajo el cual se relaciona con la problemática sociocultural a que se enfrentan las personas que ejercen la profesión de policía, ya que constantemente se encuentran expuestos a situaciones generadoras de tensión, estrés, frustración y presión que al no tener un adecuado control suelen reflejarlas o reproducirlas en el entorno social, laboral y sobre todo en el núcleo familiar. Igualmente se encontró que un 23.1% de las familias tienen relaciones armónicas y un nivel de autoestima bueno catalogándolas, como “familias nutridoras” donde la comunicación es su principal característica y por ende patrones familiares claros que influyen positivamente en el comportamiento de los miembros de la familia, donde el 100% de los hijos de esta familias obtuvieron un rendimiento académico entre bueno y excelente.

En esta investigación se destacó que aunque se estableció una relación significativa entre el rendimiento académico y el tipo de familia no se puede afirmar que este sea el único factor que determina el nivel escolar, debido a que existen otros aspectos que no fueron tenidos en cuenta durante la investigación.

A partir de lo anterior, se puede observar que existe un campo teórico e investigativo muy amplio en estudios sobre depresión. Sin embargo, en la ciudad de Santa Marta no se han realizado investigaciones que den cuenta de la temática de la depresión relacionada con el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar en adolescentes escolarizados, y se

hizo necesario identificar si en esta ciudad se daba esa relación significativa, que en muchas investigaciones en otros países se presenta.

Por tal, como una forma de conocer el grado de depresión existente en la ciudad de Santa Marta, más específicamente en los adolescentes, surgió y se planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe una relación significativa entre los factores de cohesión, adaptabilidad familiar y género con el grado de depresión que presentan los estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Establecer la relación significativa entre los factores de cohesión, adaptabilidad familiar y género con el grado de depresión que presentan los estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar los niveles de cohesión familiar presentes en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.
- ✓ Identificar los niveles de adaptabilidad familiar presentes en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.
- ✓ Identificar el tipo de familia según el modelo circunplejo de Olson de acuerdo a la relación existente entre cohesión y adaptabilidad familiar.
- ✓ Identificar el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.
- ✓ Identificar la relación entre cohesión familiar y el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.
- ✓ Identificar la relación entre adaptabilidad familiar y el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.
- ✓ Identificar la relación entre cohesión, adaptabilidad familiar y el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.

- ✓ Identificar la relación entre el género y el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.

JUSTIFICACIÓN

El trastorno psicológico más frecuente del mundo actual es, sin lugar a dudas, la depresión. Los problemas de falta de recursos económicos y las mayores exigencias sociales para ir al ritmo de la vida moderna, unidos a la soledad y a frecuentes dificultades para establecer relaciones afectivas duraderas y gratificantes son algunas de las causas del trastorno depresivo. Sin embargo, de toda la población, los adolescentes son actualmente los grupos más vulnerables a padecer este tipo de trastorno. Los expertos insisten en que, en la mayoría de los casos, un adecuado diagnóstico y un manejo terapéutico oportunos pueden ser la clave para el correcto abordaje de este tipo de alteraciones. Cobo (2006).

Para la Organización Mundial de la Salud, resulta preocupante que algunas enfermedades no hayan sido atendidas correctamente no solo en los países no desarrollados, si no también en los desarrollados. Dentro de esta lista de enfermedades se encuentra la depresión ocupando el primer lugar. Así, se ha calculado que para el año 2035 la depresión: será un problema de salud pública muy serio, si no se empieza a tener mecanismos que favorezcan el sano desarrollo de los adolescentes. De cada 10 personas, una habrá de sufrir depresión en el curso de su vida. En el caso de los jóvenes 1 de cada 5. (O.M.S., 2001.)

Son diversos los factores que influyen en la aparición de la depresión del adolescente, en este estudio resulto importante indagar acerca de uno de ellos: la Cohesión y la Adaptabilidad familiar, teniendo en cuenta que en otras investigaciones esta variable ha tenido relación significativa con la depresión un ejemplo claro es la investigación realizada en la provincia de Paita/Región pacifica del Perú, por Carrión (2005), la cual arrojó resultados que determinan la relación significativa existente entre la adaptabilidad familiar y el nivel de depresión en adolescentes y además entre relación significativa entre la cohesión familiar y el nivel de depresión.

Con esta investigación se pretende corroborar o rechazar la existencia de una relación significativa entre el ambiente familiar (cohesión y adaptabilidad) y la presencia de la depresión en el adolescente dentro de nuestro contexto, teniendo en cuenta características culturales que llevan a que en la ciudad de Santa Marta exista determinado tipo de familia.

Por otra parte, puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, se trata de una población de alta vulnerabilidad; uno de los principales cambios que se viven en el adolescente de 13 a 15 años de edad tiene que ver con la aceptación y adaptación al nuevo cuerpo. Esta situación provoca una especie de aislamiento y a la vez a una exploración constante del cuerpo, también surgen sensaciones de vergüenza e incomodidad, especialmente por la creencia de que las demás personas están muy pendientes de los cambios que han experimentado. La nueva apariencia no solo modifica la relación y la imagen que tiene el adolescente de si mismo, sino además produce cambios en las relaciones con las otras personas. Suele pasar que se genere un distanciamiento físico entre el adolescente y sus padres o personas adultas cercanas, a diferencia de la época infantil. (Ortega, 2007). De aquí, que la depresión en los adolescentes de 13 a 15 años de edad sea considerada como objeto de estudio en la presente investigación. Aunque la información existente sobre investigaciones de depresión realizadas en el país es amplia, en la ciudad de Santa Marta resulta ser escasa y aún mas en instituciones educativas privadas.

Es importante resaltar que esta investigación se fundamenta en la teoría de Beck (teoría cognitiva de la depresión) y en la de Olson (modelo circunflejo de la familia). Además se fundamenta en la teoría de la adolescencia de Bertalanffy (2000). Con esta investigación no se pretende confrontar dichas teorías, por el contrario se busca que sean complementarias entre si. Para esto, se utilizaran los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (Citado en Beck, 2005) y FACES III de Olson (1985) que han mostrado alto índice de confiabilidad y validez en otros estudios y por lo tanto resulta viable la aplicación de dichos instrumentos en este trabajo de investigación.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos en esta investigación resultan de vital importancia para el sector educativo del Distrito de la ciudad de Santa Marta, ya que permitirá mostrar datos específicos que brinden la posibilidad de desarrollar programas de prevención e intervención temprana en el ámbito educativo sobre la problemática de la depresión. Así mismo despertar la inquietud ante el Distrito sobre la influencia que ejerce la familia y la participación de esta en el bienestar y calidad de vida del adolescente.

En este mismo sentido esta investigación aporta elementos a la línea investigativa del programa de psicología Desarrollo Humano y Calidad de vida, ya que abordaría uno de los temas que más inquieta a los expertos en psicología clínica y de la salud: la depresión.

DEFINICIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables de estudio se refieren a los diferentes constructos que se manejan en la investigación y que se pretenden medir. A continuación se definen tanto de manera conceptual como operacionalmente las variables a estudiar

Definición conceptual.

Depresión: La Teoría cognitiva define a la depresión como resultado de pensamientos inadecuados, la depresión es una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la tríada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro.

Grado de depresión.

Depresión leve: hace referencia a la presencia de algunos de los síntomas de la depresión donde la persona al realizar sus actividades de la vida diaria le toma un esfuerzo extraordinario.

Depresión moderada: hace referencia a la presencia de muchos de los síntomas de la depresión donde a la persona se le imposibilita realizar las actividades de la vida diaria.

Depresión severa: hace referencia a la presencia de casi todos los síntomas de la depresión y esta depresión le impide a la persona realizar actividades de la vida diaria.

Categorías de la depresión.

Cognición: el modelo cognitivo define cognición a la manera de como el individuo interpreta y procesa la información, además considera que la cognición resulta ser la variable que determina la emoción y la conducta.

Emoción: la palabra emoción proviene del latín *motere* (moverse). Es lo que hace que nos acerquemos a una determinada persona o circunstancia. la emoción es una tendencia a actuar, y se activa con frecuencia por medio de los pensamientos cognoscitivos, lo que provoca un determinado estado fisiológico en el cuerpo humano. Por lo tanto, la terapia cognitiva insiste en que en muchas circunstancias son los pensamientos los que determinan los sentimientos.

Conducta: el término hace referencia a aquellos actos que pueden ser observados objetivamente, registrados y estudiados.

Ejes cohesión y adaptabilidad familiar.

Cohesión familiar: Es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros, y que determina el grado en que están separados o unidos. Se encuentra constituido por los indicadores de sentimiento de pertenencia, autonomía individual, involucramiento familiar.

Adaptabilidad familiar: Es la capacidad de un sistema familiar para cambiar o modificar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. En tal sentido requiere de un balance entre cambio y estabilidad.

Definición Operacional.

La variable depresión se operacionaliza a través de todos los ítems del inventario de depresión de Beck. (**Ver anexo 2**)

Para la medición de estas variables se ha planteado la utilización del Inventario de Depresión de Beck (Citado en Beck, 2005). Para medir los aspectos relacionados con la Cognición se operacionaliza las variables a través de los siguientes ítems: 6, 8, 9, 12, 13,14 y 20 (**Ver Anexo 2**) que hacen referencia a este constructo. La Emoción es evaluada por medio de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 11 (Ver anexo) y la Conducta con los ítems 10, 15, 16, 17, 18, 19 y 21. (**Ver Anexo 2**)

En cuanto a la medición del nivel de adaptabilidad y cohesión familiar se utilizó la escala FACES III, elaborado por Olson y Killorin (1986). Para medir los aspectos relacionados a Cohesión familiar: -vinculación emocional: ítems 1, 11, 17 y 19, -límites familiares: 5 y 7 -tiempo y amigos: 3 y 9 - intereses y recreación: 13 y 15. **(Ver anexo 3)** Y comprende como indicadores de Adaptabilidad familiar: -liderazgo: 6 y 18, -control: 2 y 12, -disciplina: 4 y 10, -roles y reglas: 8, 14, 16 y 20. **(Ver anexo 3).**

Variables de Estudio

Tabla 1.

VARIABLES.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	MICROVARIABLES.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INSTRUMENTO.
DEPRESIÓN	La Teoría cognitiva la define como resultado de pensamientos inadecuados, una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la tríada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro.	1. Cognición. 2. Emoción. 3. Conducta.	La Cognición se operacionaliza a de los siguientes ítems: 6, 8, 9, 12, 13,14 y 20 (Ver Anexo 2) . La Emoción es evaluada por medio de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 11 (Ver Anexo 2) . La Conducta con los ítems 10, 15, 16, 17, 18, 19 y 21. (Ver Anexo 2)	Inventario de Depresión de Beck, (2005).
	Es el vínculo emocional que los miembros de	1. Vinculación emocional.	Vinculación emocional ítems 1, 11, 17 y 19. (Ver	

COHESIÓN FAMILIAR	la familia tienen unos con otros, y que determina el grado en que están separados o unidos. Se encuentra constituido por los indicadores de sentimiento de pertenencia, autonomía individual, involucramiento familiar.	2. Límites familiares. 3. Tiempo y amigos. 4. intereses y recreación.	Anexo 3) Límites familiares ítems 5 y 7. (Ver Anexo 3) Tiempo y amigos ítems 3 y 9. (Ver Anexo 3) Intereses y recreación ítems 13 y 15. (Ver Anexo 3)	FACES III
ADAPTABILIDAD FAMILIAR	Es la capacidad de un sistema familiar para cambiar o modificar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. En tal sentido requiere de un balance entre cambio y estabilidad.	1. Liderazgo. 2. Control. 3. Disciplina. 4. Roles y reglas.	Liderazgo ítems 6 y 18. Control ítems 2 y 12. Disciplina ítems 4 y 10. Roles y Reglas ítems 8, 14, 16 y 20. (Ver Anexo)	FACES III

Control de Variables.

Sujetos.

Los sujetos de la investigación fueron estudiantes de instituciones privadas de la ciudad de Santa Marta, esta información fue suministrada por la Secretaria de Educación del Distrito (Secretaria de Educación, 2008), los sujetos de la muestra

seleccionada son diversos en cuanto a características individuales y contexto socioeconómico. Las edades de los sujetos oscilan entre 13-15 años de diferente sexo.

Ambiente.

En cuanto al lugar de aplicación del instrumento se tuvo en cuenta que el espacio contara con las condiciones ambientales necesarias, tales como: luminosidad, ventilación y sillas independientes.

Variables no controladas

En este estudio no se controlaron las variables correspondientes a género, estrato socioeconómico y tipo de familia.

HIPOTESIS

H1. La cohesión familiar esta relacionada con el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.

H0. La cohesión familiar es independiente del grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta

H2. La adaptabilidad familiar esta relacionada con el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta

H0. La adaptabilidad familiar es independiente del grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta

H3: La adaptabilidad y la cohesión familiar esta relacionada con el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta

H0: La adaptabilidad y la cohesión familiar son independientes del grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.

H4. El género de los estudiantes esta relacionado con el grado de depresión de estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.

H0: El género de los estudiantes es independiente del grado de depresión de estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas de la ciudad de Santa Marta.

MÉTODO

Diseño y tipo de investigación

Esta investigación parte de un diseño no experimental en la cual los datos se recopilan en un solo momento y tiempo determinado. (transeccional).

Esta investigación es cuantitativa de tipo correlacional, este tipo de investigación, pretende relacionar situaciones y eventos tales como el grado de depresión, el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar. El proceso investigativo tuvo características descriptivas donde se buscó especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe citado en Hernández, Fernandez Y Batista, 1998).

Además, esta investigación no solo busca describir el fenómeno, si no relacionar sus variables genero, cohesión y adaptabilidad familiar con depresión (correlacional). Es decir, este tipo de estudio tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables en un contexto en particular (Hernández y cols, 1998).

Los datos se analizaron y estudiaron en dos etapas:

La primera etapa consistió en la medición de manera independiente de las variables: nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad familiar, grado de depresión y características sociodemográficas, propuestas en la investigación, por ende, el objetivo fue describir el grado de manifestación de las variables.

En la otra etapa se buscó establecer la relación existente entre el género, el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar con el grado de depresión de los estudiantes de colegios privados. Para analizar la relación entre las variables se utilizó el estadístico Chi Cuadrado la cual establece en su hipótesis nula independencia significativa entre las variables.

Participantes.

La población comprende a los adolescentes entre 13 a 15 años de edad de colegios privados de la ciudad Santa Marta. (Secretaria de Educación, 2008) En la realización del estudio se tomo una muestra aleatoria simple con un porcentaje estimado para la muestra de la siguiente forma:

Con una población universo de 2008 estudiantes, un error máximo aceptable del 5%, un porcentaje estimado de la muestra del 50% y un nivel de estimado confianza del 95%; la muestra corresponde a 349 estudiantes para este procedimiento se utilizo el programa STADS con el cual también se aleatorizó la muestra.

Las características sociodemográficas de la muestra son:

De acuerdo con la edad: El promedio de edad de los estudiantes del estudio es de 13 a 15 años. El 23,8% de los estudiantes tienen 13 años de edad, el 39.5% 14 años y por ultimo 35.5% tienen 15 años. **(Ver Tabla 2 y Grafico 1).**

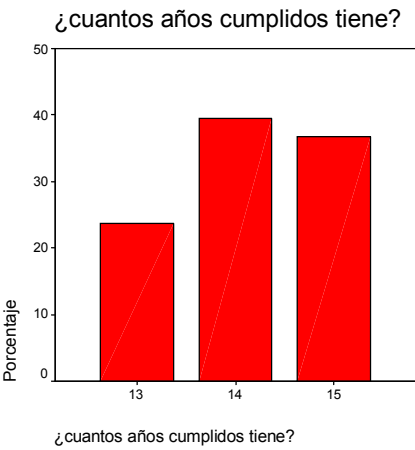
Tabla 2

Edades					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13	83	23,8	23,8	23,8
	14	138	39,5	39,5	63,3
	15	128	36,7	36,7	100,0
	Total	349	100,0	100,0	

1%

Grafico 1

Edades

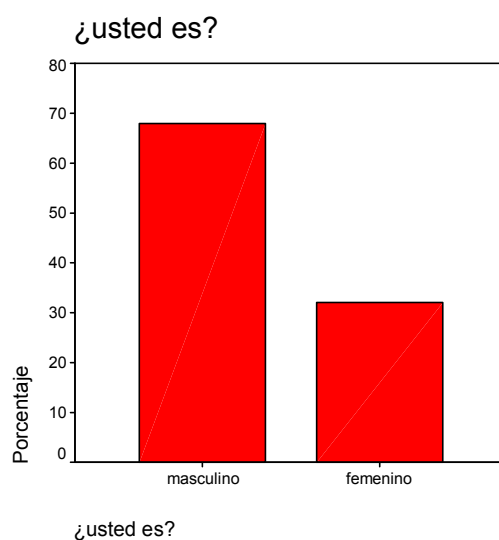


De acuerdo con el género, se encontró lo siguiente el 67% es masculino y el 32% femenino. (Ver **tabla 3** y **Grafico 2**):

Tabla 3

Género

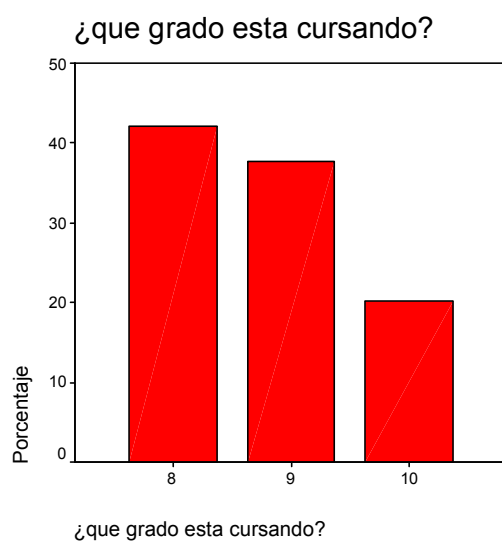
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	masculino	237	67,9	67,9	67,9
	femenino	112	32,1	32,1	100,0
	Total	349	100,0	100,0	

Grafico 2.**Género**

De acuerdo al grado cursado: El 42,0% de los estudiantes se encuentran en grado octavo, 37,7% cursa noveno grado y el 20,3% decimo. **(Ver Tabla 4 y Grafico 3).**

Tabla 4**Grado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	145	41,5	42,0	42,0
	9	130	37,2	37,7	79,7
	10	70	20,1	20,3	100,0
	Total	345	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,1		
Total		349	100,0		

Grafico 3**Grado**

El 45.6% de los estudiantes están en el estrato 3, el 28,7% en el 4, el 10,3% se ubica en el estrato 5, el 2,9% se encuentra en el 6, el 0,3 en el 7 y por ultimo el 0,3% en el nivel socioeconómico 8. **(Ver Tabla 5 y Grafico 4)**

Tabla 5

Estrato

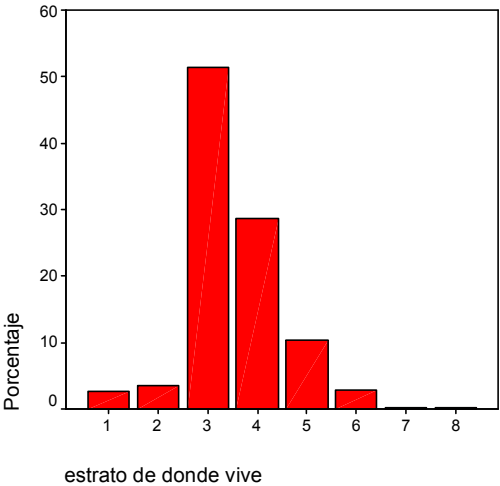
estrato de donde vive

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	2,3	2,6	2,6
	2	11	3,2	3,5	6,1
	3	159	45,6	51,3	57,4
	4	89	25,5	28,7	86,1
	5	32	9,2	10,3	96,5
	6	9	2,6	2,9	99,4
	7	1	,3	,3	99,7
	8	1	,3	,3	100,0
	Total	310	88,8	100,0	
Perdidos	Sistema	39	11,2		
Total		349	100,0		

Grafico 4

Estrato

estrato de donde vive

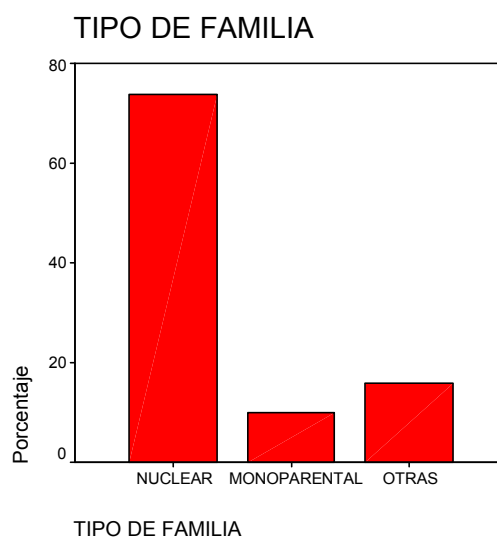


De acuerdo al tipo de familia: El 73,9% de los estudiantes son integrantes de familias nucleares, el 10,1% pertenecen a familias monoparentales y el 15,9% a otro tipo de familia. **(Ver Tabla 6 y Grafico 5).**

Tabla 6

TIPO DE FAMILIA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NUCLEAR	255	73,1	73,9	73,9
	MONOPARENTAL	35	10,0	10,1	84,1
	OTRAS	55	15,8	15,9	100,0
	Total	345	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,1		
Total		349	100,0		

Grafico 5



Aspectos éticos involucrados en la investigación

La investigación fue cimentada en los principios éticos fundamentales a tener en cuenta cuando se trabaja con seres humanos, como lo son los principios de autonomía

y benevolencia o no maleficencia. Se tendrán en cuenta algunas consideraciones éticas planteadas en la Ley 1090 de 2006, *por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología en Colombia* (Congreso de la República, 2006); sustentada en principios fundamentales como la responsabilidad, confidencialidad, bienestar, respeto y dignidad del usuario. En el proceso se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

Participación voluntaria: inicialmente, se contó con el respaldo de la UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA, mas específicamente con el director de programa de Psicología Enrique Tapia Pérez quien firmo las cartas de presentación hacia las diversas instituciones de la ciudad de Santa Marta. De otra parte, cada estudiante de las instituciones que nos permitieron el ingreso y que participó en el desarrollo de la investigación fue **informado previamente** de las condiciones bajo las que participaría así como de los alcances e implicaciones del proyecto, quedando en la completa libertad de aceptar o rechazar su participación dentro de la misma, respetando sus valores y convicciones personales. **Beneficencia – No Maleficencia:** la información suministrada por los estudiantes, no fue utilizada para fines distintos a los planteados dentro de la investigación. No se permitió el acceso de terceros a información que pudiera ser utilizada en contra de los participantes o de la institución educativa en general. Bajo ninguna circunstancia se permitió que el proceso o los resultados obtenidos perjudicaran a los estudiantes, evitando la violación de cualquiera de los derechos fundamentales de los seres humanos, respetando a cada participante en su persona, bienes y honra. **Confidencialidad:** teniendo en cuenta que la investigación se desarrolló en el marco de un fenómeno de alto impacto; la información a la que se tuvo acceso durante el transcurso del proceso fue tratada bajo un alto grado de confidencialidad, así mismo, bajo ninguna circunstancia fueron revelados los nombres de los participantes. Además, resulto indispensable el consentimiento informado escrito por parte de los sujetos. (Ver Anexo 4)

Instrumentos.

Inventario de Depresión de Beck

La técnica para recoger la información es el inventario Propuesto por Beck el BDI (Citado en Beck, 2005) es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Su contenido incluyen ítems relativos a la depresión: **Indicadores cognitivos del estado de ánimo, indicadores de la expresión emocional del estado de ánimo e indicadores comportamentales del estado de ánimo.**

Se ofrecen 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúa la gravedad o intensidad del síntoma. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. La puntuación total se obtiene sumando los valores seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la gravedad o intensidad son: no depresivos 0-9 puntos, depresivo leve: 10-16 puntos, depresivo moderada: 17-29 puntos y depresivo grave: 30-63 puntos, las cuales se pueden ver mas claramente en la siguiente tabla (**Tabla 7**)

Puntajes totales:

Tabla 7

Puntajes totales

Puntaje	Interpretación
0- 9	Población normal
10 – 16	Depresión leve
17 – 29	Depresión moderada
30 – 63	Depresión severa

Confiabilidad y Validez del instrumento.

Sus índices psicométricos, muestran una buena consistencia interna (alfa de Cronbach .76 – 0,95). La fiabilidad del test oscila alrededor de $r = .8$. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre .55 y .96 (media .72) y en sujetos sanos entre .55 y 0,73 (media .6). Su sensibilidad es del 100 %, la especificidad 99 %, el valor predictivo positivo .72, y valor predictivo negativo 1.

FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*, 1986).

Por otra parte para medir la variable Cohesión y Adaptabilidad familiar se hizo necesario la utilización del FACES III, la cual permite una valoración rápida y empírica de los dos ejes: **Cohesión y Adaptabilidad familiar**, describiendo ambos un estilo de interacción y estilo en el centro del sistema. El cuestionario comprende veinte preguntas (diez por eje) que el sujeto debe responder en términos de frecuencia (de 1 a 5). Cuando se suman las puntuaciones se obtienen dos puntuaciones globales (mínimo 10, máximo 50), una para adaptabilidad y otra para cohesión.

Confiabilidad y Validez del instrumento.

En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de .70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de .80.

Procedimiento

El proceso investigativo se hizo en varias fases, inicialmente se realizó la búsqueda de los instrumentos adecuados que midieran las variables que pretendíamos estudiar, en este caso la depresión y la cohesión familiar. Encontrando así dos instrumentos que cumplieran con los objetivos planteados en la investigación. Dichos

instrumentos fueron: Inventario de Depresión de Beck (2005) y el FACES III de Olson (1986).

Después se realizó la aplicación a la muestra, esta aplicación se efectuó a través de un muestreo aleatorio simple, se realizó una base de datos en el paquete estadístico SPSS 16 y de igual forma se hizo el análisis de la información.

Tabla 8

Muestra

INSTITUCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Maria Auxiliadora.	72	20.6%
Maria Inmaculada.	20	5.7%
Ateneo Moderno.	134	38.3%
Agustín Nieto Caballero.	67	19.9%
Instituto Las Américas.	56	16.0%
TOTAL	349	100%

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

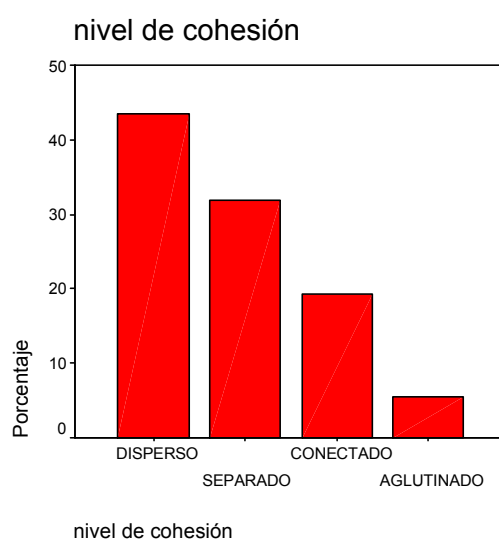
De acuerdo con los datos arrojados en la investigación sobre Relación Entre los Factores de Cohesión, Adaptabilidad Familiar y Género con el Grado de Depresión que Presentan los Estudiantes de 13 a 15 años de Edad de Instituciones Educativas Privadas de la Ciudad de Santa Marta, es importante destacar los siguientes resultados en el desarrollo de la investigación:

En cuanto al nivel de cohesión familiar, se encontró:

Tabla 9

nivel de cohesión				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	DISPERSO	152	43,6	43,6
	SEPARADO	111	31,8	31,8
	CONECTADO	67	19,2	19,2
	AGLUTINADO	19	5,4	5,4
	Total	349	100,0	100,0

Grafico 6

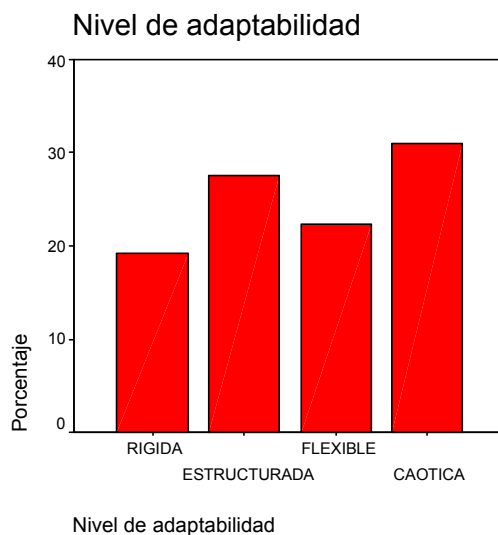


Al realizar el análisis de los niveles de cohesión familiar presente en estudiantes de 13 a 15 años de edad, se pudo encontrar que 43.6% de las familias de dichos estudiantes se ubican en un nivel de cohesión disperso lo que indica un tipo de familia que se caracteriza por desarrollar límites rígidos y por ende la comunicación entre ellos se hace extremadamente difícil, cada miembro va por vía libre, con excesiva autonomía. El 31.8% en un nivel de cohesión separado, es decir, que los lazos y las relaciones emocionales en los miembros de la familia se manifiestan con mayor fuerza entre determinados miembros del núcleo familiar, no dejando a un lado el hecho de que en este tipo de familia existen un nivel promedio de cohesión familiar. El 19.2% en un nivel de cohesión conectado que representa el nivel ideal de cohesión familiar donde los lazos emocionales son adecuados, y por tal la confianza entre los miembros se hacen notoria y por ultimo solo el 5.4% presento un nivel de cohesión aglutinado que hace referencia a la familia que se encierra en si misma, desconectada del exterior, con limite difusos entre sus miembros, fijando su atención y los intercambios comunicativos casi exclusivamente entre ellos.

En cuanto al nivel de adaptabilidad familiar, se encontró:

Tabla 10

Nivel de adaptabilidad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	RIGIDA	67	19,2	19,2	19,2
	ESTRUCTURADA	96	27,5	27,5	46,7
	FLEXIBLE	78	22,3	22,3	69,1
	CAOTICA	108	30,9	30,9	100,0
	Total	349	100,0	100,0	

Grafico 7

En cuanto a los niveles de adaptabilidad familiar presente en los estudiantes se pudo establecer que el 31.2% presenta un nivel de adaptabilidad caótica, presentándose así falta de claridad entre los roles de cada miembro y generando alternancia e inversión en ellos, por lo que se presenta un nivel de disciplina poco severo que muestra inconsistencias en sus consecuencias. El 27.7% de la población mostró un nivel de adaptabilidad estructurado lo que indica que existe un papel democrático en la familia, y que aunque los padres tomen las decisiones, los roles de cada miembro pueden compartirse, además las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las que cambian. El 22.3% presento un nivel flexible de adaptabilidad lo que se relaciona a un liderazgo igualitario entre los miembros a una disciplina algo severa pero que permite negociación en su consecuencia, a un acuerdo en las decisiones y a un compartimiento de los roles generando así cumplimiento en las reglas. Por ultimo el 18.8% de la población presento un nivel de adaptabilidad rígido donde se encuentra un fuerte control parental mostrando así una disciplina estricta y rígida solo los padres pueden tomar las decisiones y los roles están estrictamente definidos, no existiendo así la posibilidad del cambio.

En cuanto a la relación nivel de cohesión y nivel de adaptabilidad, se encontró:

Tabla 11

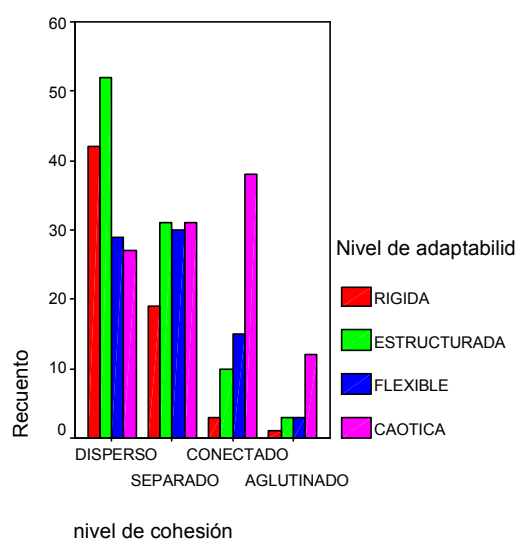
Relación nivel de cohesión y nivel de adaptabilidad

Tabla de contingencia nivel de cohesión * Nivel de adaptabilidad

			Nivel de adaptabilidad				
			ESTRUCT				
			RIGIDA	URADA	FLEXIBLE	CAOTICA	Total
nivel de cohesión	DISPERSO	Recuento	42	52	29	27	150
		% del total	12,1%	15,0%	8,4%	7,8%	43,4%
	SEPARADO	Recuento	19	31	30	31	111
		% del total	5,5%	9,0%	8,7%	9,0%	32,1%
	CONECTADO	Recuento	3	10	15	38	66
		% del total	,9%	2,9%	4,3%	11,0%	19,1%
	AGLUTINADO	Recuento	1	3	3	12	19
		% del total	,3%	,9%	,9%	3,5%	5,5%
Total	Recuento	65	96	77	108	346	
	% del total	18,8%	27,7%	22,3%	31,2%	100,0%	

Grafico 8

Relación nivel de cohesión y nivel de adaptabilidad



Al asociar cohesión y adaptabilidad familiar en esta investigación, surgen 16 tipos de familia clasificándolas en las categorías: **balanceada, de rango medio y extremo**. A continuación se encontraran los dos tipos de familia que tienen mayor porcentaje entre cohesión y adaptabilidad familiar, describiendo así las familias más importantes encontradas entre ambas dimensiones:

1. Estructuralmente Dispersa: (15% de la población) clasificada dentro de la categoría de **rango medio**, que equivalen a 52 estudiantes. Las familias de estos estudiantes se caracterizan por:

- ✓ Ausencia de la manifestación de los lazos emocionales entre los miembros de la familia.
- ✓ Ausencia de cohesión familiar
- ✓ Existencia de un papel democrático en la familia.
- ✓ Cumplimiento de las reglas de manera firme y con poca posibilidad de cambiarlas.

2. Rígida Dispersa: (12.1% de la población) clasificada dentro de la categoría de **extremo**, que equivalen a 42 estudiantes, las familias de estos se caracterizan por:

- ✓ Fuerte control parental.
- ✓ Disciplina estricta y rígida.
- ✓ Solo los padres pueden tomar las decisiones.
- ✓ No existe posibilidad de cambio

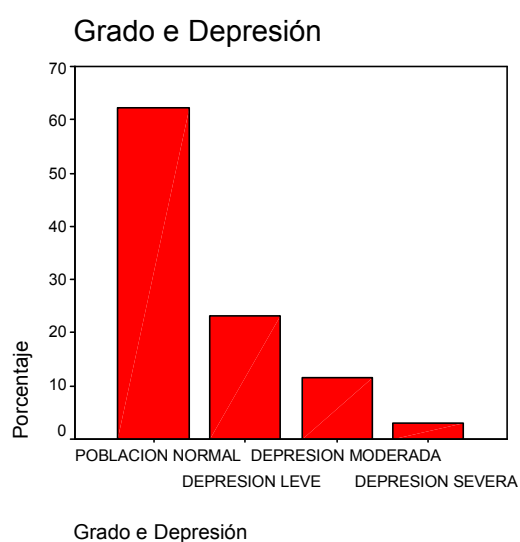
- ✓ Ausencia de manifestación de los lazos emocionales entre miembros de la familia.
- ✓ Ausencia de cohesión familiar.

En cuanto al Grado de depresión, se encontró:

Tabla 12

Grado e Depresión				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	POBLACION NORMAL	217	62,2	62,2
	DEPRESION LEVE	81	23,2	23,2
	DEPRESION MODERADA	40	11,5	11,5
	DEPRESION SEVERA	11	3,2	3,2
	Total	349	100,0	100,0

Grafico 9



En cuanto a la depresión se observa que el 62.2% de los individuos no presentan indicadores de depresión, lo que equivale a 217 estudiantes esto muestra que estos

individuos presentan los altibajos normales de la vida diaria sin repercutir en síntomas depresivos. Sin embargo el 23.2% de la población estudiada específicamente 81 estudiantes presentan grado de depresión leve lo que significa que existe presencia de algunos de los síntomas de la depresión donde el individuo al realizar sus actividades de la vida diaria le toma un esfuerzo extraordinario. El 11.5% de los estudiantes correspondientes a 40 sujetos se clasifican en grado de depresión moderada, es decir que hay presencia de muchos de los síntomas de la depresión donde al estudiante se le imposibilita realizar las actividades de la vida diaria. Por ultimo el 3.2% equivalente a 11 estudiantes se ubican en grado de depresión severa lo cual hace referencia a la presencia de casi todos los síntomas de la depresión y esta depresión le impide al sujeto realizar actividades de la vida diaria.

En cuanto a la relación entre el nivel de cohesión y el grado de depresión, se encontró:

Tabla 13

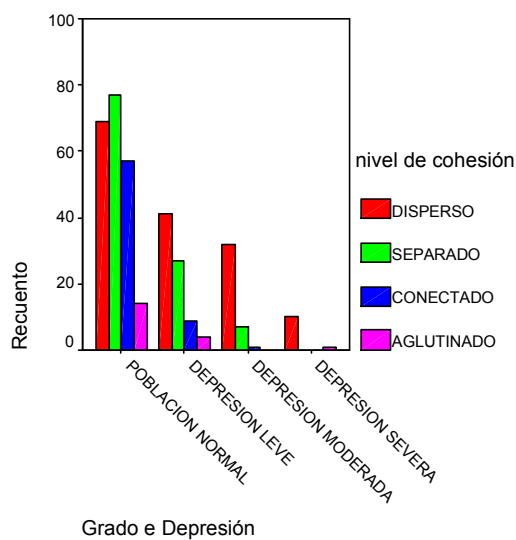
Relación nivel de cohesión familiar y grado de depresión

Tabla de contingencia Grado e Depresión * nivel de cohesión

		nivel de cohesión					
		DISPERSO	SEPARADO	CONECTADO	AGLUTINADO	Total	
Grado e Depresión	POBLACION NORMAL	Recuento	69	77	57	14	217
		% del total	19,8%	22,1%	16,3%	4,0%	62,2%
	DEPRESION LEVE	Recuento	41	27	9	4	81
		% del total	11,7%	7,7%	2,6%	1,1%	23,2%
	DEPRESION MODERAD	Recuento	32	7	1	0	40
		% del total	9,2%	2,0%	,3%	,0%	11,5%
	DEPRESION SEVERA	Recuento	10	0	0	1	11
		% del total	2,9%	,0%	,0%	,3%	3,2%
Total	Recuento	152	111	67	19	349	
	% del total	43,6%	31,8%	19,2%	5,4%	100,0%	

Grafico 10

Relación nivel de cohesión familiar y grado de depresión



La relación entre la cohesión familiar y el grado de depresión arroja los siguientes resultados:

La relación entre la depresión que se clasificó en la población normal y los niveles de cohesión familiar se encontró que el 22.1% y que corresponde a 77 estudiantes presentan un nivel de cohesión separado. El 19.8% de la población normal correspondiente a 69 estudiantes, muestran un nivel de cohesión disperso. El 16.3% de los estudiantes presentan un nivel de cohesión familiar conectado lo que corresponden a 57 casos específicos. El 4.0% de los estudiantes perteneciente a un grupo de 14 sujetos se ubican con un nivel de cohesión aglutinado.

Al analizar los estudiantes que se clasificaron en el grado de depresión leve y sus niveles de cohesión se puede destacar que: el 11.7% de la población equivalente a 41 estudiantes presentan un nivel de cohesión disperso. La población comprendida dentro del porcentaje 7.7%, agrupando a 27 estudiantes poseen un nivel de cohesión separado. El 2.6% de la población el cual agrupa a 9 estudiantes presentan depresión leve con un nivel de cohesión conectado. El 1.1% de la población que representa 4 estudiantes se ubican en el nivel de cohesión aglutinado con depresión leve.

El 9.2% que corresponde a 32 estudiantes muestran depresión moderada y nivel de cohesión disperso. El 2.0% de los estudiantes correspondientes a 7 estudiantes presentan grado de depresión moderada con un nivel de cohesión familiar separado. El .3% del grupo de estudiantes equivalente a 1 sujeto, presenta depresión moderada con nivel de cohesión conectado.

El 2.9% de los estudiantes equivalente a 10 sujetos se sitúan en familias con nivel de cohesión disperso y un grado de depresión severa. Finalmente el .3% de la muestra correspondiente a un estudiante con depresión severa y un nivel de cohesión familiar aglutinado.

Al aplicar el estadístico de chi- cuadrado se encontró relación estadísticamente significativa entre los valores hallados en relación a los niveles de cohesión familiar de los estudiantes con el grado de depresión. Cabe resaltar que el chi-cuadrado calculado para la muestra es de 51.951 y el valor crítico para 9 grados de libertad es igual a 16,92 con una p valor de .000. (p:.05) siendo chi-cuadrado mayor que el valor crítico, lo que nos indica que la hipótesis nula se rechaza la cual plantea que la cohesión familiar no esta asociada con el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta. Aceptándose la hipótesis de investigación la cohesión familiar esta asociada con el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta (**Ver Tabla 14**).

Tabla 14
Relación cohesión familiar y grado depresión

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,951 ^a	9	,000
Corrección por continuidad			
Razón de verosimilitud	60,391	9	,000
Asociación lineal por lineal	36,529	1	,000
N de casos válidos	349		

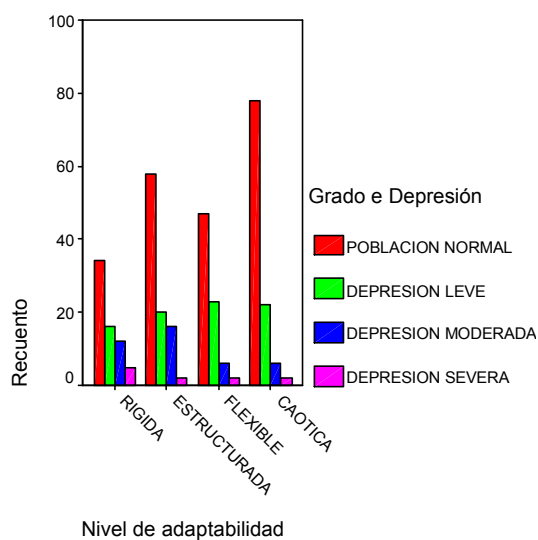
a. 6 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,60.

En cuanto al Grado de depresión y nivel de adaptabilidad familiar, se encontró:

Tabla 15
Relación nivel de adaptabilidad y grado de depresión

Tabla de contingencia Nivel de adaptabilidad * Grado e Depresión							
			Grado e Depresión				
			POBLACION NORMAL	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	Total
Nivel de adaptabilidad	RIGIDA	Recuento	34	16	12	5	67
		% del tota	9,7%	4,6%	3,4%	1,4%	19,2%
	ESTRUCTURAL	Recuento	58	20	16	2	96
		% del tota	16,6%	5,7%	4,6%	,6%	27,5%
	FLEXIBLE	Recuento	47	23	6	2	78
		% del tota	13,5%	6,6%	1,7%	,6%	22,3%
	CAOTICA	Recuento	78	22	6	2	108
		% del tota	22,3%	6,3%	1,7%	,6%	30,9%
Total	Recuento	217	81	40	11	349	
	% del tota	62,2%	23,2%	11,5%	3,2%	100,0%	

Grafica 11
Relación nivel de adaptabilidad y grado de depresión



Con relación al grado de depresión y el nivel de adaptabilidad, se encontraron los siguientes resultados:

El 22,5% de la población que no presenta síntomas depresivos se ubican en un nivel de adaptabilidad familiar caótico, el 16,8% de la población que no presenta síntomas depresivos posee un nivel de adaptabilidad familiar estructurada, el 13,6% de la población que no presenta síntomas depresivos con un nivel de adaptabilidad familiar flexible, y el 9,5% de la población que no presenta síntomas depresivos se encuentran en un nivel de adaptabilidad familiar rígida.

En relación a la población que presenta grado de depresión leve se obtuvieron los siguientes resultados: el 6,4% de la población tiene un nivel de adaptabilidad familiar caótica, el 6,4% de la población obtuvo un nivel de adaptabilidad familiar flexible, 5,8% de la población posee un nivel de adaptabilidad familiar estructurada y el 4,3% de la población con un nivel de adaptabilidad familiar rígida.

En cuanto a la población con grado de depresión moderado se puede encontrar que el 4,6% posee un nivel de adaptabilidad familiar estructurada, el 3,8% de la población se sitúa en un nivel de adaptabilidad familiar rígida, el 1,7% de la población muestra un nivel de adaptabilidad familiar flexible y el 1,7% de la población se encuentra en un nivel de adaptabilidad familiar caótico.

En relación a la población que presenta grado de depresión severa se puede establecer que el 1,4% de esta población tiene un nivel de adaptabilidad familiar rígida, el 0,6% de la población presenta un nivel de adaptabilidad familiar estructurada, el 0,6% de la población se encuentra en un nivel de adaptabilidad caótico, con lo anteriormente mencionado hay un porcentaje de 3,2% equivalente a 11 estudiantes.

En el análisis estadístico del chi-cuadrado se identificó la hipótesis propuesta en la investigación que plantea que la adaptabilidad familiar está asociada con el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad, debido a que chi-cuadrado es igual a 19,118 y el valor crítico para 9 grados de libertad es igual a 16.92 con un valor de .024 ($p: .05$) siendo chi-cuadrado mayor que el valor crítico y rechazándose así la hipótesis nula y por ende aceptando la hipótesis de la investigación existe asociación significativa. La adaptabilidad familiar está asociada con el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta entre el grado de depresión de los adolescentes 13 a 15 años estudiantes de colegios privados de la ciudad de Santa Marta y el nivel de adaptabilidad. (Ver Tabla 16)

Tabla 16
Relación nivel de adaptabilidad y grado de depresión

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,118 ^a	9	,024
Razón de verosimilitud	18,359	9	,031
Asociación lineal por lineal	12,645	1	,000
N de casos válidos	349		

a. 4 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2,11.

En cuanto a la relación entre el nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y depresión se encontró:

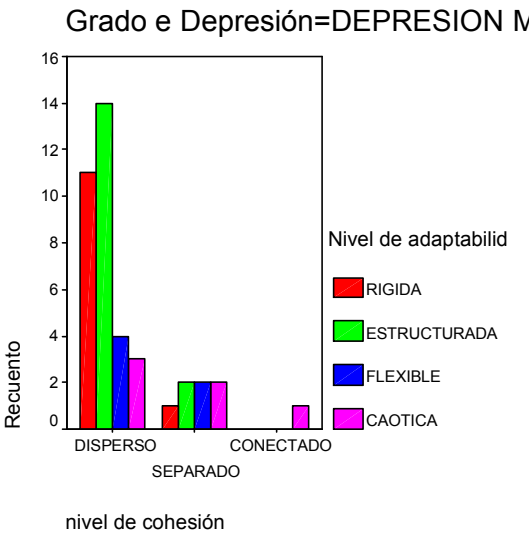
Tabla 17

Relación entre nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y grado depresión

Tabla de contingencia nivel de cohesión * Nivel de adaptabilidad * Grado e Depresión								
Grado e Depresión				Nivel de adaptabilidad				Total
				RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAOTICA	
POBLACION NORMAL	nivel de cohesión	DISPERSO	Recuento	17	23	14	15	69
			% del total	7,8%	10,6%	6,5%	6,9%	31,8%
		SEPARADO	Recuento	12	24	19	22	77
			% del total	5,5%	11,1%	8,8%	10,1%	35,5%
		CONECTADO	Recuento	4	8	12	33	57
			% del total	1,8%	3,7%	5,5%	15,2%	26,3%
		AGLUTINADO	Recuento	1	3	2	8	14
			% del total	,5%	1,4%	,9%	3,7%	6,5%
		Total	Recuento	34	58	47	78	217
			% del total	15,7%	26,7%	21,7%	35,9%	100,0%
DEPRESION LEVE	nivel de cohesión	DISPERSO	Recuento	10	13	10	8	41
			% del total	12,3%	16,0%	12,3%	9,9%	50,6%
		SEPARADO	Recuento	6	5	9	7	27
			% del total	7,4%	6,2%	11,1%	8,6%	33,3%
		CONECTADO	Recuento	0	2	3	4	9
			% del total	,0%	2,5%	3,7%	4,9%	11,1%
		AGLUTINADO	Recuento	0	0	1	3	4
			% del total	,0%	,0%	1,2%	3,7%	4,9%
		Total	Recuento	16	20	23	22	81
			% del total	19,8%	24,7%	28,4%	27,2%	100,0%
DEPRESION MODERADA	nivel de cohesión	DISPERSO	Recuento	11	14	4	3	32
			% del total	27,5%	35,0%	10,0%	7,5%	80,0%
		SEPARADO	Recuento	1	2	2	2	7
			% del total	2,5%	5,0%	5,0%	5,0%	17,5%
		CONECTADO	Recuento	0	0	0	1	1
			% del total	,0%	,0%	,0%	2,5%	2,5%
		AGLUTINADO	Recuento					
			% del total					
		Total	Recuento	12	16	6	6	40
			% del total	30,0%	40,0%	15,0%	15,0%	100,0%
DEPRESION SEVERA	nivel de cohesión	DISPERSO	Recuento	5	2	2	1	10
			% del total	45,5%	18,2%	18,2%	9,1%	90,9%
		SEPARADO	Recuento					
			% del total					
		CONECTADO	Recuento					
			% del total					
		AGLUTINADO	Recuento	0	0	0	1	1
			% del total	,0%	,0%	,0%	9,1%	9,1%
		Total	Recuento	5	2	2	2	11
			% del total	45,5%	18,2%	18,2%	18,2%	100,0%

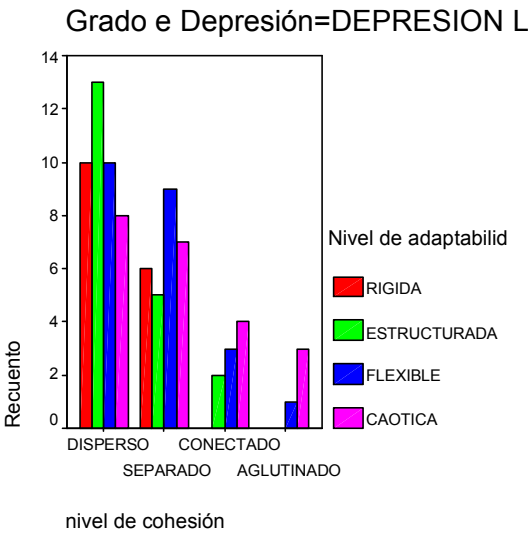
Grafico 12.

Relación entre nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y grado depresión moderada



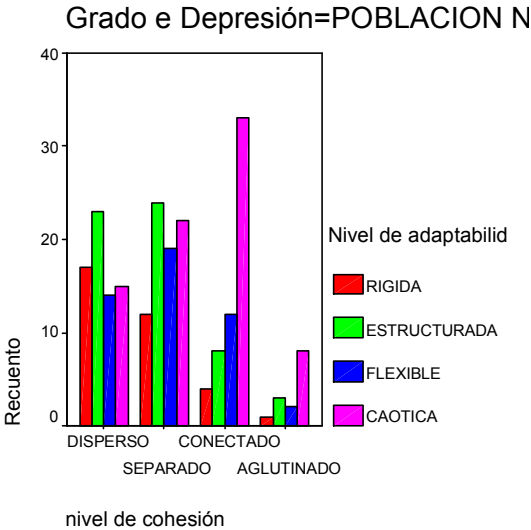
Grafica 13.

Relación entre nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y grado depresión leve



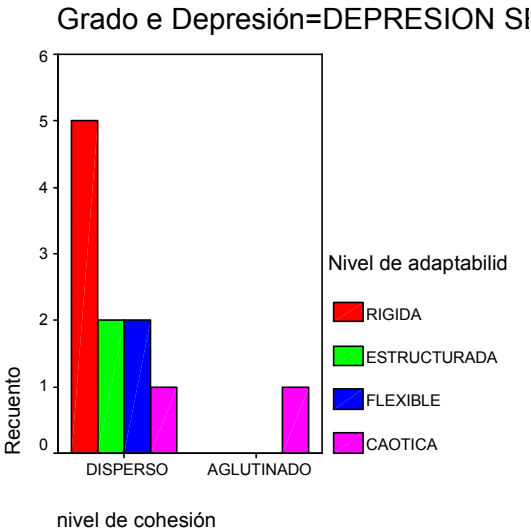
Grafica 14.

Relación entre nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y grado depresión normal



Grafica 15.

Relación entre nivel de cohesión, nivel de adaptabilidad y grado depresión severa



Con referencia a la relación existente entre el grado de depresión en los estudiantes de 13 a 15 años y el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar se hallaron los siguientes resultados:

Dentro de la población que no presenta síntomas depresivos, el 10,6% de esta población se encuentra en un nivel de cohesión familiar disperso y un nivel de adaptabilidad familiar estructurada, el 7,9% de la población se ubica un nivel de cohesión familiar disperso y un nivel de adaptabilidad familiar rígida, 6,9% de la población presenta un nivel de cohesión familiar disperso y un nivel de adaptabilidad familiar caótica, 6,5% de la población manifiesta un nivel de cohesión familiar dispersa y un nivel de adaptabilidad familiar flexible. El 11,1% de la población indica un nivel de cohesión familiar separado y un nivel de adaptabilidad familiar estructurado, el 10,2% de la población muestra un nivel de cohesión familiar separado y un nivel de adaptabilidad caótica, 8,8% de la población presenta un nivel de cohesión familiar separado y un nivel de adaptabilidad flexible, 5,6% de la población indica un nivel de cohesión familiar separado y un nivel de adaptabilidad familiar rígida. El 15,3% de la población se ubica un nivel de cohesión familiar conectado y un nivel de adaptabilidad familiar caótica, el 5,6% de la población manifiesta un nivel de cohesión familiar conectado y un nivel de adaptabilidad familiar flexible, el 3,7% de población se encuentra un nivel de cohesión familiar conectado y un nivel de adaptabilidad familiar estructurado, el 1,4% de la población indica un nivel de cohesión familiar conectado y un nivel de adaptabilidad familiar rígida. El 3,7% de población presenta un nivel de cohesión familiar aglutinado y un nivel de adaptabilidad familiar caótica, el 1,4% de la población se encuentra un nivel de cohesión familiar aglutinado y un nivel de adaptabilidad familiar estructurado, el 0,9% de la población obtuvo un nivel de cohesión familiar aglutinado y un nivel de adaptabilidad familiar flexible, el 0,5% de la población muestra un nivel de cohesión familiar aglutinado y un nivel de adaptabilidad familiar rígido.

Al aplicar el análisis estadístico de chi-cuadrado se encontró relación significativa entre los valores hallados en grado de depresión y los niveles de adaptabilidad y cohesión. Cabe resaltar que el chi-cuadrado calculado para la muestra es de 27,366 y el valor crítico para 9 grados de libertad es igual a 16,92 con una p valor de .001(p:.05). Siendo chi-cuadrado mayor que el valor crítico, lo cual nos indica que la hipótesis nula se rechaza. Aceptándose la hipótesis de investigación la cual dice: La adaptabilidad y la cohesión familiar esta asociada con el grado de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta. Sin embargo de manera específica y analizando estadísticamente cada grado de la depresión con el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar tres variables rechazan la hipótesis indicando que:

Analizando estadísticamente en el grado de depresión leve con el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar se presenta un chi-cuadrado calculado para la muestra igual 11,157 y el valor crítico para 9 grados de libertad es igual a 16,92 con una p valor de .256 (p: .05). siendo el chi-cuadrado menor que el valor crítico, lo que indicando así inexistencia de relación en esta variable, así mismo el nivel de depresión moderada con el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar se presenta un chi-cuadrado calculado para la muestra igual 9,315 el valor crítico para 6 grados de libertad es igual a 12,59 con una p valor de .157 (p: .05) siendo el chi-cuadrado menor que el valor crítico, lo que indica inexistencia de relación en esta variable, lo mismo sucede con el nivel de depresión severa con el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar se presenta un chi-cuadrado calculado para la muestra igual 4,950 el valor crítico para 3 grados de libertad es igual a 7,81 con una p valor de .175 (p: .05) siendo el chi-cuadrado menor que el valor crítico, lo que señala inexistencia de relación en esta variable. **(Ver Tabla 18).**

Tabla 18
Relación Nivel de cohesión, nivel adaptabilidad familiar y grado depresión

Pruebas de chi-cuadrado				
Grado e Depresión		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
POBLACION NORMAL	Chi-cuadrado de Pearson	27,366 ^a	9	,001
	Corrección por continuidad			
	Razón de verosimilitud	27,637	9	,001
	Asociación lineal por lineal	21,469	1	,000
	N de casos válidos	217		
DEPRESION LEVE	Chi-cuadrado de Pearson	11,157 ^b	9	,265
	Corrección por continuidad			
	Razón de verosimilitud	13,479	9	,142
	Asociación lineal por lineal	8,323	1	,004
	N de casos válidos	81		
DEPRESION MODERADA	Chi-cuadrado de Pearson	9,315 ^c	6	,157
	Corrección por continuidad			
	Razón de verosimilitud	7,345	6	,290
	Asociación lineal por lineal	6,187	1	,013
	N de casos válidos	40		
DEPRESION SEVERA	Chi-cuadrado de Pearson	4,950 ^d	3	,175
	Corrección por continuidad			
	Razón de verosimilitud	3,929	3	,269 ^e
	Asociación lineal por lineal	2,689	1	,101
	N de casos válidos	11		

a. 3 casillas (18,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,19.

b. 8 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

c. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

d. 8 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

e. Nota al pie

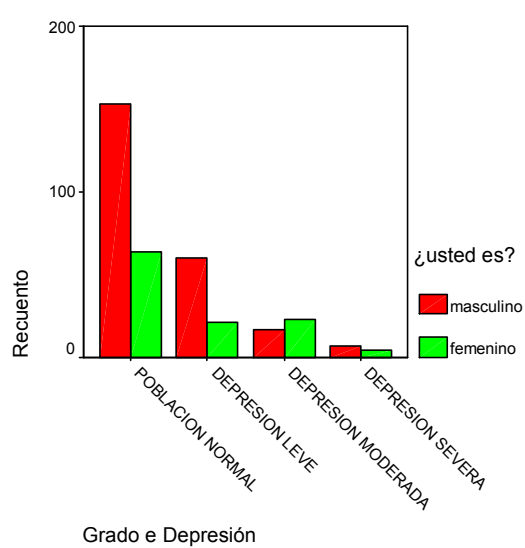
En cuanto a la relación entre el grado de depresión y género, se encontró.

Tabla 19
Relación Grado de Depresión-Genero

Tabla de contingencia Grado e Depresión * ¿usted es?					
			¿usted es?		
			masculino	femenino	Total
Grado e Depresión	POBLACION NORMAL	Recuento	153	64	217
		% del total	43,8%	18,3%	62,2%
	DEPRESION LEVE	Recuento	60	21	81
		% del total	17,2%	6,0%	23,2%
	DEPRESION MODERADA	Recuento	17	23	40
		% del total	4,9%	6,6%	11,5%
	DEPRESION SEVERA	Recuento	7	4	11
		% del total	2,0%	1,1%	3,2%
Total	Recuento	237	112	349	
	% del total	67,9%	32,1%	100,0%	

Grafico 16

Relación Grado de Depresión-Genero



Con referencia a la relación existente entre el grado de depresión y el género de los estudiantes de 13 a 15 años de edad, la investigación arrojó los siguientes resultados:

En la población que no presenta síntomas depresivos el 43.8% que equivale a 153 sujetos corresponden al género masculino. El 18.3% de la muestra que no presentan síntomas depresivos y que corresponden 64 individuos pertenecen a al género femenino.

En cuanto a la depresión leve el 17.2% de la población que corresponde a 60 individuos son de género masculino y el 6.0% que equivalen 21 sujetos pertenecen al género femenino.

La depresión moderada corresponde a el 4,9% en el genero masculino siendo este grupo constituido por 17 sujetos y en el genero femenino que esta compuesto por 23 estudiantes pertenece al 6.6% del total de la población.

El 2% de la población masculina al que pertenecen 7 sujetos presentan un grado de depresión severa, en cuanto al género femenino este mismo grado de depresión es del 1.1% y esta integrado por 4 individuos.

Al aplicar el estadístico de chi- cuadrado se encontró relación estadísticamente significativa entre los valores hallados en relación al sexo de los estudiantes con el grado de depresión. Cabe resaltar que el chi-cuadrado calculado para la muestra es de 14.027 y el valor crítico para 3 grados de libertad es igual a 7.81 con una p valor de .003. Siendo chi-cuadrado mayor que el valor critico, lo cual nos indica que la hipótesis nula se rechaza. Aceptándose la hipótesis de investigación la cual dice el sexo de los estudiantes esta relacionado con el grado de depresión de estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta. **(Ver Tabla 20)**

Tabla 20

Relación Género-Depresión

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,027 ^a	3	,003
Corrección por continuidad			
Razón de verosimilitud	13,133	3	,004
Asociación lineal por lineal	5,524	1	,019
N de casos válidos	349		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 3,53.

DISCUSIÓN

El trastorno de la depresión se le debe especial atención ya que puede presentarse en cualquier momento de la vida especialmente en la adolescencia, tanto en hombres como en mujeres. Si durante la presencia del trastorno no se encuentra la ayuda psicológica necesaria el adolescente puede tener muchos problemas emocionales, debido a que en esta etapa experimentan cambios físicos y psicológicos. Durante este periodo de transición el adolescente esta en la búsqueda de la identidad y valores propios, suelen ser muy susceptibles y tener pensamientos erróneos como ideas suicidas, búsqueda de salidas fáciles que les permitan olvidarse del problema. Con respecto a esto la familia desempeña un papel fundamental en el desarrollo integral del adolescente.

En los resultados obtenidos en la investigación el 50% de las familias de los estudiantes se ubican en el nivel de adaptabilidad rígido o caótico, indicando así la imperiosa influencia que ejerce el núcleo familiar sobre el adolescente. Así, en Paita (Perú), utilizando la misma escala FACES III (1985) también se encontró relación significativa entre la adaptabilidad, la cohesión familiar y el nivel de depresión en los adolescentes.

En esta misma línea, un estudio realizado por Zdanowicz, Pascal y Reynaert (1999) la cual consistía en examinar las diferencias en los lazos familiares corrobora la influencia de la relación familiar en la salud mental de los adolescentes.

Por otra parte, también se halló una correlación significativa entre el sexo y la depresión, confirmando así la hipótesis propuesta en la investigación que plantea que el sexo de los estudiantes esta asociado con el grado de depresión de estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.

Esto confirma los datos encontrados en la investigación realizada por Montrzino (2005) en Cocha, Argentina acerca de la prevalencia de la depresión en el adolescente. En dicho estudio se encontró evidencia para asegurar que en el sexo

femenino la depresión es más frecuente. Así mismo la investigación realizada por Martínez (2006) acerca de la depresión en adolescentes del sur de Madrid, plantea que las diferencias más relevantes en depresión se registran en relación con el género, ya que desde la adolescencia el predominio de la depresión en la mujer es notorio. Por el contrario en esta investigación la depresión prevalece en el género masculino, mostrando así una relación significativa entre el grado de depresión y el género del sujeto.

Particularmente la muestra seleccionada de las instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta, arrojó resultados que sustenta y dan respuesta a la pregunta problema, es decir, que si existe relación entre los factores de cohesión y adaptabilidad familiar con los grados de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de edad de instituciones educativas privadas de la ciudad de Santa Marta.

Lo realmente preocupante no radica en el índice de depresión que muestra los resultados de la investigación ya que el mayor porcentaje de los adolescentes se ubican dentro de la población normal, si no que al existir una relación significativa entre el grado de depresión y los factores de cohesión y adaptabilidad familiar, donde el mayor porcentaje de las familias se encuentran en un rango medio (familia estructuralmente dispersa) y en un rango extremo (familia rígida dispersa), se puede inferir que dichos factores pueden llegar a ser el detonante para la aparición futura de la sintomatología de la depresión, destacando además que la mayoría de las familias son de tipo nuclear y de estrato socioeconómico medio. Notándose así como la comunicación entre padres e hijos se hace cada vez más distante y como el cumplimiento de las reglas pasa a segundo plano a pesar de que son familias pequeñas, las cuales deberían presentar más unión. El factor socioeconómico también juega un papel importante, ya que son familias que se centran en solventar sus necesidades económicas restándole importancia a actividades que fortalezcan el vínculo emocional entre los miembros.

RECOMENDACIONES

La familia proporciona la influencia más temprana para la educación de los adolescentes. Esta, resulta ser determinante en las respuestas conductuales entre ellos y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, reiterativa y dinámica. Es por esto que la salud mental del adolescente tiene íntima relación con su vida en familia. Si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos mismos, el adolescente es muy sensible a su entorno cultural; si su desarrollo es anormal, aparecerán dificultades en sus relaciones (familia, escuela, sociedad). Los criterios normales en la vida del adolescente incluyen ausencia de psicopatología grave, control de las acciones previas al desarrollo, flexibilidad en la expresión de sus afectos, manejo de conflictos inevitables, buenas relaciones interpersonales aceptando los valores y normas de la sociedad.

Es por esto que al Distrito de la ciudad de Santa Marta se le sugiere desarrollar programas educativos enfocados al rescate de valores y a la integración del núcleo familiar a través de talleres, escuelas para padres y que dichas actividades sean brindadas por las instituciones educativas. Estos programas no solo deben ser desarrollados para la población adolescente sino desde la temprana edad e incluso desde antes de su nacimiento a través de una estimulación temprana adecuada.

Para la realización de estas actividades, se necesita la participación activa del cuerpo de docente, quienes son los conocedores de la problemática y quienes pueden establecer el diagnóstico de necesidades de los estudiantes. A partir de este diagnóstico, los docentes deben brindar herramientas necesarias a los padres para abordar las problemáticas del adolescente y enseñar estrategias de comunicación para el mejoramiento del ambiente familiar.

Por otra parte se le recomienda a la Línea de Investigación “Desarrollo y calidad de vida” del programa de psicología de la Universidad del Magdalena investigar sobre la temática de la depresión en el adolescente para así identificar qué otras

variables puedan estar asociadas a la aparición de la depresión, ya que a nivel local esta no ha sido ampliamente abordada.

En esta misma línea, las recomendaciones van dirigidas a los estudiantes del programa que comienzan el proceso investigativo para que orienten sus objetivos de investigación a la realización de un análisis comparativo entre las instituciones públicas y privadas de la ciudad, teniendo en cuenta la temática planteada en esta investigación.

Es así como, la calidad de vida y el bienestar psicológico del adolescente dependerá de que se le proporcione un ambiente sano y adecuado en el que se pueda desarrollar de manera integral y que el medio que lo rodea (familia, Institución educativa, estado y sociedad) le brinde las estrategias necesarias para el afrontamiento de dificultades propias de la etapa de la adolescencia, con el fin de que exista un equilibrio psicológico en el adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, K. (1924). *Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*. Barcelona: RBA coleccionables, 2004.

Almiro, L., Romero, P., López, A. y Czernik, G. (2005). *Rasgos de depresión en adolescentes que asisten a clases en una escuela técnica de la ciudad de corrientes*. Extraído el 03 de septiembre de 2008, desde: <http://www.unne.edu.ar/web/cyt/com2004/3-Medicina/M-665.pdf>.

Barbado, J., Aizpiri, J., Cañones, P., Fernandez, A., Concalvez, F., Rodríguez, J., De la Serna, J. y Solla, J. (2004). *Individuo y Familia*. Revista de la SEMG. Extraído el 04 de septiembre de 2008, desde: http://www.medicinageneral.org/revista_61/pdf/habilidades.pdf.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión, 16 edición*. España: Desclee De Brouwer.

Berk, L. (1999). *Desarrollo del Niño y el Adolescente, 4ta edición*. Madrid: Prentice Hall.

Bleichmar, H. (1994). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Ediciones nueva visión.

Burton, R. (1621). *The anatomy of melancholy*. Extraído el 01 de septiembre de 2008, desde: <http://www.monografias.com.trabajo35/depresion-estudiantes/depresion-estudiantes.shtml>.

Carrión, M. (2005). *Adaptabilidad familiar, cohesión familiar y depresión en adolescentes de secundaria de la provincia de Paita*. Extraído el 29 de agosto de 2008, desde: http://www.ucvvirtual.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/tesis_ps/TESIS/T112doc

Castañeda, A. (2000). *Adaptación a la Desintegración Familiar*. Extraído el 23 de octubre de 2008, desde: <http://groups.msn.com/o8388kgca5ka6jp7em61gon1m5/ensayo.msnw>

Casullo, M., Bonaldy, P. y Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Cobo, P. (2006). *La depresión en los adolescentes*. Revista Mexicana de Orientación Educativa. Extraído el 01 de septiembre de 2008, desde: <http://www.remo.ws/revista/n8/n8-cobo.htm>.

Coyne, J. (1976). *Toward an interactional description of depression*. Psychiatry 39, 28 – 40.

Delgado, H. (1960). *Acerca del tratamiento de las depresiones*. Revista de neuropsiquiatría. 23, 157-164.

Desviat, M. (1997). *Nuestra forma de ser*. España: Temas de hoy.

Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía, Obras Completas, Tomo XIV*, Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Gástelo, D. (2006). *La depresión en la adolescencia*. Extraído el 02 de septiembre de 2008, desde: <http://www.universidadperu.com/articulo-la-depresion-en-la-adolescencia-universidad-peru.php>.

Geygy, L. (1972). *El antidepresivo con espectro de acción equilibrado*. Ginebra.

Hargraves, Andy, Lorna, E. y Riam, J. (2004). *Una educación par el cambio. Reinventar la educación de los adolescentes*. Barcelona: SEP, Octaedro.

Harrochs, J. (1999). *Psicología de la adolescencia*. México: Editorial, Trillas.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc. Graw Hill.

Herreros, G. (2004). *La melancolía en Aristóteles*. Extraído el 13 de octubre de 2008 desde: <http://www.herreros.com.ar/melanco/aristoteles.htm>.

Jordana, P., Ordoñez, F., Strausz, S., Arredondo, A., Lara, N., Bermúdez, P., Coronado, C., López, L. y Miranda, M. (2004). *Estudios en la diferencias en la depresión de adolescentes que vivían en la calle y los que viven con una familia*. Extraído el 28 de agosto de 2008, desde: <http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero1-04/astudio.asp>.

Josselyn, I. (1974). *El adolescente y su mundo*. Buenos Aires: Editorial Psique.

Kanfer, F. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. Nueva York: wiley

Klein, M. (1948). *Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa*. Extraído el 01 de septiembre de 2008 desde: <http://monografias.com/trabajo33/depresión-estudiantes/depresión-estudiantes.shtml>.

Leonhard, E. (1957). *Trastornos bipolares*. Extraído el 01 de septiembre de 2008, desde: <http://www.monografias.com/trabajo35/depresion-estudiantes/depresion-estudaitnes.shtml>.

Lewinsohn, P. (1985). *An integrative theory of depression. In Reiss and R.Bootzin: Theoretical issues in behavior therapy*. New York,

Mackinnon, R. (1973). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Editorial Interamericana.

Martínez, V. (2006). *La depresión en la adolescencia: estudio de una muestra de alumnos de la zona sur de Madrid*. Extraído el 03 de septiembre de 2008, desde: http://www.infocoponline.es.wew_article.asp?id=961.

Martí, O. (2005). *La melancolía, de Hipócrates al Prozac*. Extraído el 13 de octubre de 2008, desde: http://www.elpais.com/articulo/cultura/melancolia/Hipocrates/Prozac/elpepucul/20051017elpepicul_1/Tes.

Ministerio de Protección Social. (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Informe Estudio Nacional de Salud Mental*. Extraído el 12 de Octubre de 2008 desde http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudio_salud_mental_colombia.pdf.

Monterzino, J. (2005). *Prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados de la localidad de la cocha (tucumán)*. Pasantía Rural La Cocha. Facultad de Medicina. UNT

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10 trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Forma.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *El camino hacia adelante: recomendaciones de la O.M.S.* extraído el 02 de septiembre de 2008, desde: <http://groups.msn.com/08388kgca5ka6jp61gon1m5/estadisticas.msnw>.

Ortega, O. (2007). *Cambios psicológicos y sociales en la adolescencia*. Extraído el 28 de octubre de 2008 desde: <http://www.educasexo.com/adolescentes/cambios-psicologicos-y-sociales-en-la-adolescencia.html>.

Papalia, D. (1989). *Desarrollo Humano, 2da edición*. México: Mc. Graw Hill.

Polaino, A. y Martinez, P. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Pamplona: Ediciones: Rialp.

Rehm, L. (1977). *A self-control model of depression*. *Behavior therapy*. 8 787-804.

Rodríguez; D., Dallos, C., Gonzales, S., Sánchez, Z., Díaz, L., Rueda, G. y Campo, A. (2005). *Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia*. Extraído el 28 de agosto de 2008, desde: <http://scielo.br/scielo.php?pid-so102--311x2005000500012&script=sciarttext>.

Rojas, M., Giraldo, P. y Montes, C. (2002). *Consejería telefónica, consejo psicológico e intervención en crisis*. San Antonio Mira Flores: centro de ediciones CEDRO.

Santacruz, C., Gómez, R., Posada, V. y Viracachá, P. (1995). *A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá: Ministerio de Salud-Pontificia Universidad Javeriana.

Secretaria de Educación. (2008). *Estadísticas detalladas de la cobertura de colegios privados de la ciudad de Santa Marta*. Santa Marta: Secretaria de Educación.

Vallejo, R. (1991). *Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión*. (1991). Barcelona: Editorial Salvat.

Vásquez, C. y Sanz, J. (1991). *Trastornos depresivo (I): Datos clínicos y modelos teóricos*. Valencia: Promolibro.

Zdaowicz, N., Pascal, J. y Reynaert, C. (1999). *¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia?* Extraído el 30 de agosto de 2008, desde: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51579_699x200400003&ing=en&nim.

ANEXOS

ANEXO 1

La siguiente encuesta es totalmente anónima, no escriba su nombre. Es realizada como parte de un Proyecto de Investigación para optar el título de Psicólogas de la Universidad del Magdalena. Agradecemos que responda con la mayor sinceridad. Si tiene alguna duda mientras llena las encuestas puede preguntar a la persona encargada, esta persona con gusto resolverá todas sus inquietudes.

Agradecemos su colaboración.

Datos sociodemográficos.

1	¿Cuántos años cumplidos tiene? Escribe el número ____		
2	¿Usted es? (Marca la casilla)	Hombre ____	Mujer ____
3	¿Qué grado está cursando? Escribe el número _____		
4	¿En qué barrio vive? Escribe el nombre _____ Si sabe el estrato, por favor anótalo ____		
5	Marca la casilla que mejor indique las personas con quien vives en la casa: <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Papá, mamá y hermanos. <input type="checkbox"/> Papá, mamá, hermanos y otros familiares (abuelos, tíos, etc.) <input type="checkbox"/> Papá y mamá solamente. <input type="checkbox"/> Mamá solamente. <input type="checkbox"/> Papá solamente. <input type="checkbox"/> Abuela solamente. <input type="checkbox"/> Otro familiar: anota quien: _____ </div>		

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; quiero que elijas la afirmación que en ese grupo describa como te has sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo el día de HOY”. Señala con una (X) en la casilla la afirmación elegida. Contesta con la mayor sinceridad posible.

1.

	No me siento triste
	Me siento triste.
	Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
	Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2.

	No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
	Me siento desanimado con respecto al futuro.
	Siento que no puedo esperar nada del futuro.
	Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3.

	No me siento fracasado.
	Siento que he fracasado más que la persona normal.

	Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
	Siento que como persona soy un fracaso completo.

4.

	Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
	No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
	Ya nada me satisface realmente.
	Todo me aburre o me desagrada.

5.

	No siento ninguna culpa particular.
	Me siento culpable buena parte del tiempo.
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
	Me siento culpable todo el tiempo.

6.

	No siento que esté siendo castigado.
	Siento que puedo estar siendo castigado.
	Espero ser castigado.
	Siento que estoy siendo castigado.

7.

	No me siento decepcionado en mí mismo.
	Estoy decepcionado conmigo.
	Estoy harto de mi mismo.
	Me odio a mi mismo.

8.

	No me siento peor que otros.
	Me critico por mis debilidades o errores.
	Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
	Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9.

	No tengo ninguna idea de matarme.
	Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
	Me gustaría matarme.
	Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10.

	No lloro más de lo habitual.
	Lloro más que antes.
	Ahora lloro todo el tiempo.
	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11.

	No me irrita más ahora que antes.
	Me enoja o irrita más fácilmente ahora que antes.
	Me siento irritado todo el tiempo.
	No me irrita para nada con las cosas que solían irritarme.

12.

	No he perdido interés en otras personas.
	Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
	He perdido todo interés en los demás.

13.

	Tomo decisiones como siempre.
	Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
	Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
	Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14.

	No creo que me vea peor que antes.
--	------------------------------------

	Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
	Creo que me veo horrible.

15.

	Puedo trabajar tan bien como antes.
	Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
	Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
	No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16.

	Puedo dormir tan bien como antes.
	No duermo tan bien como antes.
	Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
	Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17.

	No me canso más de lo habitual.
	Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
	Me canso al hacer cualquier cosa.

	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
--	--

18.

	Mi apetito no ha variado.
	Mi apetito no es tan bueno como antes.
	Mi apetito es mucho peor que antes.
	Ya no tengo nada de apetito.

19.

	Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
	He perdido más de 2 kilos.
	He perdido más de 4 kilos.
	He perdido más de 6 kilos.

20.

	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21.

	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
	Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.

	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
	He perdido por completo mi interés por el sexo.

ANEXO 3**FACES III**

A continuación encontraras **20** enunciados, cada uno de ellos tiene una numeración al frente (**1, 2, 3,4 o 5**), tú tendrás que elegir el número que con exactitud describa la situación vivida dentro de tu familia. Teniendo en cuenta que:

1= Casi nunca, 2= Una que otra vez, 3= A veces, 4= Con frecuencia y

5= Casi siempre.

DESCRIBA CÓMO ES SU FAMILIA:	
TACHE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA	
Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.	1 2 3 4 5
En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.	1 2 3 4 5
Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1 2 3 4 5
Los hijos expresan su opinión acerca de	

su disciplina.	1 2 3 4 5
Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.	1 2 3 4 5
Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a ella.	1 2 3 4 5
En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.	1 2 3 4 5
A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.	1 2 3 4 5

Padre(s) e hijos discuten juntos las sanciones.	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.	1 2 3 4 5
Los hijos toman las decisiones en la familia.	1 2 3 4 5
Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1 2 3 4 5
Las reglas cambian en nuestra familia.	1 2 3 4 5
Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1 2 3 4 5

Nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.	1 2 3 4 5
Es difícil identificar quién es o quiénes son líderes en nuestra familia.	1 2 3 4 5
La unión familiar es muy importante.	1 2 3 4 5
Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1 2 3 4 5

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es pertinente que el participante conozca las siguientes consideraciones éticas, y posterior a esto tome la decisión bajo ninguna presión de participar activamente de la investigación **RELACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE LOS FACTORES DE COHESIÓN, ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y GÉNERO CON EL GRADO DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS ESTUDIANTES DE 13 A 15 AÑOS DE EDAD DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PRIVADAS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA.**

Dentro de las consideraciones éticas pertinentes para el estudio se encuentran las siguientes:

- **Secreto profesional:** se debe garantizar el anonimato de los participantes, debido a la importancia, respeto a la dignidad y valor del individuo, además por el derecho a la privacidad.
- **Derecho a la no participación:** los participantes al estar informados de la investigación y el procedimiento de la misma, tienen derecho a no contestar la prueba.
- **Consentimiento informado:** los participantes serán informados de que la información será divulgada como material escrito en la biblioteca de la Universidad del Magdalena. No obstante en estos procesos el secreto profesional se mantendrá sin que se pudiere revelar el conocimiento de la identidad.

El abajo firmante debe tener conocimiento de las consideraciones éticas establecidas en esta investigación y asume participar de forma voluntaria en el estudio.

Firma: _____
